

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAUPETIK PERAWAT IGD
DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA DI RS
RAWA LUMBU TAHUN 2023**

SKRIPSI



**DISUSUN OLEH :
NADIA MENAYANG
201.560.111.072**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) DAN
PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA**

2024

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPETIK PERAWAT IGD
DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA DI RS
RAWA LUMBU TAHUN 2023**

SKRIPSI

Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia



**DISUSUN OLEH :
NADIA MENAYANG
201.560.111.072**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) DAN
PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA**

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT IGD DENGAN TINGKAT KELUARGA DI RS RAWA LUMBU TAHUN 2023

SKRIPSI

**Disusun Oleh :
NADIA MENAYANG
201.560.111.072**

Skripsi ini Telah Disetujui
Tanggal ... Bulan ... Tahun 2024

Ns. Roulita S.Kep., M.Kep
NIDN. 0310087002

Mengetahui :
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Nadia Menayang
NPM : 20.156.01.11.072
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Teraupetik Perawat di IGD dengan Kecemasan Keluarga Pasien di RS Rawa Lumbu 2023

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1), Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

DEWAN PENGUJI

Ketua Tim Penguji : Ns. Roulita S.kep.,M.Kep (.....)
NIDN. 0310087002
Pembimbing : Ns. Roulita S.kep.,M.Kep (.....)
NIDN. 0310087002
Anggota Tim Penguji : Lisna Agustina.,S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)
NIDN. 0404088405

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) STIKes Medistra Indonesia

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan,
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty SST, M.Kes
NIDN 0319017902

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nadia Manayang

NPM : 20.156.01.11.072

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat di IGD dengan

Tingkat Kecemasan Keluarga di RS Rawa Lumbu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Skripsi ini adalah hasil jiplakan maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan sendiri.

Bekasi, 17 Juli 2023

Membuat pernyataan

Nadia Manayang

NPM : 20.156.01.11.072

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah swt yang maha pengasih lagi maha penyayang, kami panjatkan puji dan syukur atas kehadiran-nya. Yang telah melimpahkan rahmat, hidayah kepada kami, sehingga kami dapat menyusun PROPOSAL PENELITIAN dengan judul : “HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAUPETIK PERAWAT DI IGD DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA”

Dalam menyusun proposal penelitian ini, tidak sedikit kesulitan dan hambatan yang penulis alami, namun berkat bimbingan, dukungan, dorongan dan semangat dari pihak lain sehingga penulis mampu menyelesaikannya oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Usman Ompusunggu,SE.,selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayaysan Medistra Indonesia
3. Vermona Marbun, MKM selaku ketua BPH Yayasan Medistra Indonesia
4. Dr. Lenny Irmawaty S, STT., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
5. Puri Kresnawati, SST., M.KM, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
6. Sinda Ompusunggu, S. H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
7. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIKes Medistra Indonesia

8. Roulita, S.Kep, Ns, M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang telah memberikan petunjuk dan arahan dalam penyusunan skripsi ini
9. Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Ners) STIKes Medistra Indonesia sekaligus Dosen Penguji 1
10. Rotua Surianny S, M.Kes, selaku coordinator Skripsi
11. Arabta PM pelawi selaku Dosen Wali Kelas 3B Keperawatan
12. Puji Raharja Santosa S,Kep,Ns.M.Kep selaku Dosen pembimbing akademik yang selalu memotivasi dan memberikan dorongan agar terus semangat
13. Lisna Agustina S,Kep,Ns.M.Kep selaku Dosen Penguji Skripsi
14. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
15. Kedua Orang Tua, keluarga yang telah memberikan banyak bantuan dan dorongan dalam bentuk moril maupun materi serta doa dan semangat yang selalu menyertai penulis dan penulisan proposal skripsi ini terimakasih banyak karena selalu menjadi pengingat dan kekuatan bagi penulis untuk tetap kuat dan semangat hingga bisa sampai saat ini.
16. Adik Safira Menayang, terima kasih atas segala doa dan semangat yang telah diberikan kepada penulis dalam menyusun proses penulisan skripsi ini
17. Maulana Malik Ibrahim, yang selalu memberikan semangat dan support dengan kebahagiaan sederhana, terima kasih selalu menemani dan jadi sumber kekuatan bagi penulis sehingga tetap kuat bertahan sampai menyelesaikan skripsi ini dengan penuh kebahagiaan.

18. Rekan-rekan S1 Ilmu Keperawatan Angkatan 18 yang telah memberikan banyak bantuan dan dorongan dalam bentuk apapun serta doa dan semangat.

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, maka kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan jika ada kekhawatiran dalam penulisan skripsi ini penulis mohon kesediannya untuk kritik dan saran, serta motivasi yang membangun. Semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

Bekasi, 17 Juli 2023

Nadia Menayang

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	4
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	5
KATA PENGANTAR.....	6
DAFTAR ISI.....	9
DAFTAR TABEL	12
DAFTAR SKEMA	13
DAFTAR LAMPIRAN	14
ABSTRAK.....	15
ABSTRACT.....	16
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Masalah.....	5
D. Manfaat penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Konsep Komunikasi Teraupetik.....	11
1. Pengertian komunikasi teraupetik.....	11
2. Teknik Komunikasi Terapeutik.....	12
3. Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	18
4. Faktor-faktor penghambat komunikasi terapeutik.....	19
5. Tahap Komunikasi Terapeutik.....	19
6. Bentuk – bentuk komunikasi.....	23
B. Konsep Instalasi Gawat Darurat.....	25
1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat.....	25
2. Fungsi Instalasi Gawat Darurat.....	26
3. Kegiatan pelayanan Instalasi Gawat Darurat	27
C. Konsep Kecemasan Keluarga.....	28

1. Pengertian Kecemasan.....	28
2. Penyebab Kecemasan.....	29
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan	32
4. Manifestasi Kecemasan.....	38
D. Konsep Perawat IGD.....	43
1. Pengertian perawat IGD.....	43
2. Tugas Perawat IGD.....	43
3. Triase.....	44
4. Tujuan Triase perawatan gawat darurat.....	44
5. Prinsip-prinsip Triase dan Tata cara melakukan Triase	45
6. Klasifikasi Triase.....	46
E. Kerangka Teori.....	48
F. Kerangka konseptual.....	49
G. Hipotesis.....	50
BAB 3 METODE PENELITIAN	51
A. Desain Penelitian.....	51
B. Populasi.....	51
C. Sampel Penelitian.....	51
D. Teknik sampling.....	53
E. Ruang lingkup.....	54
1. Lokasi Penelitian.....	54
2. Waktu Penelitian.....	55
F. Variabel Penelitian.....	56
G. Definisi Operasional.....	56
H. Jenis Data.....	58
1. Data Primer.....	58
2. Data Sekunder.....	59
I. Teknik Pengumpulan Data.....	59
J. Instrumen Penelitian.....	60
K. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	61
L. Pengolahan Data.....	63
M. Analisis Data.....	66
N. Etika Penelitian.....	67

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	69
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	69
B. Hasil Penelitian.....	70
1. Analisis Univariat.....	70
2. Analisis Bivariat.....	72
C. Pembahasan Hasil.....	73
D. Keterbatasan Penelitian.....	77
BAB V PENUTUP	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN.....	84

DAFTAR TABEL

- Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Usia**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat IGD ...**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Kecemasan Keluarga**Error! Bookmark not defined.
- Tabel 4. 6 Hubungan Komunikasi terapeutik perawat IGD dengan tingkat kecemasan keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu.....**Error! Bookmark not defined.

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.
Skema 2. 2 Kerangka Konsep	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Formulir Pengajuan Judul.....** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 2. Lembar Bimbingan Skripsi.....** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 3. Surat Studi Pendahuluan** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 4. Surat Balasan Studi Pendahuluan.** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian** Error!
Bookmark not defined.
- Lampiran 6. Kuesioner Penelitian** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 7. Formulir Persetujuan Seminar Proposal Skripsi** Error!
Bookmark not defined.
- Lampiran 8. Dokumentasi Seminar Proposal Skripsi** Error! Bookmark not
defined.
- Lampiran 9. Surat Permohonan Penelitian** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 10. Surat Balasan Penelitian** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 11. Master Tabel Penelitian** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 12. Hasil Uji Univariat** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 13. Hasil Uji Bivariat.....** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian.....** Error! Bookmark not defined.
- Lampiran 15. Biodata Penelitian.....** Error! Bookmark not defined.

ABSTRAK

Hubungan Komunikasi Teraupetik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Di RS Rawa Lumbu

Nadia Menayang¹, Roulita²

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

Nadiamnng21@gmail.com, rroulita1@gmail.com

Latar Belakang : Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat dan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan *therapy* dalam mencapai tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif. Perawat harus mampu memberikan jaminan atau kualitas pelayanan keperawatan agar klien tidak ragu, tidak cemas, pesimis dan skeptis dalam menjalani proses keperawatan dan 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. Data di Amerika tentang masalah kecemasan yang anggota keluarga nyadidrawat di IGD menunjukkan gejala kecemasan 10- 42% dan gejala depresi 16-35%. Hal ini juga ditemukan di Indonesia, secara umum mayoritas keluarga pasien yang dirawat di UGD merasakan kecemasan dengan persentase sebesar 72,5%, dan terdapat 12,5% responden merasakan kecemasan berat

Tujuan : Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat di IGD dengan tingkat kecemasan keluarga di Rs Rawa Lumbu

Metode Penelitian : Metode penelitian yang dilakukan oleh peneliti bersifat kuantitatif. Dan di desain dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* atau yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga pasien yang khususnya berdomisili Rawa Lumbu dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 57 keluarga pasien dengan menggunakan metode *non-probability* dengan jenis *Random Sampling*.

Hasil Penelitian : Hasil penelitian menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa dari 57 responden, sebanyak 18 responden (100,0%) mengatakan komunikasi terapeutik perawat IGD baik dan sebagian keluarga pasien mengalami kecemasan ringan sebanyak 21 responden (38,9%) dan nilai *P- Value* sebesar $0,000 < \text{nilai } \alpha (0,05)$.

Kesimpulan : Dapat disimpulkan nilai *P- value* $0,000 < \text{nilai } \alpha (0,05)$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat Hubungan Komunikasi Teraupetik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Di Rs Rawa Lumbu

Kata Kunci : komunikasi terapeutik perawat, tingkat kecemasan

Daftar Acuan : 2016-2023

Jumlah Halaman : xi – 124

ABSTRACT

The Relationship between Emergency Room Nurses' Therapeutic Communication and Family Anxiety Levels At Rawa Lumbu Hospital

Nadia Menayang¹, Roulita²

Medistra Indonesian College of Health Sciences Medistra Indonesian College of Health Sciences

Nadiamnyng21@gmail.com, rroulita1@gmail.com

Background: Therapeutic communication is a relationship between nurses and clients designed to facilitate therapy goals in achieving optimal and effective levels of healing. Nurses must be able to provide guarantees or quality of nursing services so that clients do not have doubts, anxiety, pessimism and skepticism in undergoing the nursing process and anxiety for the patient's family is anxiety that arises in the family of a patient whose family member is being treated in hospital. This anxiety arises from changes in roles, disruption of routine, and the unfamiliar hospital environment. Data in America regarding anxiety problems whose family members are treated in the ER shows anxiety symptoms in 10-42% and depression symptoms in 16-35%. This was also found in Indonesia, in general the majority of families of patients treated in the ER felt moderate anxiety with a percentage of 72.5%, and 12.5% of respondents felt severe anxiety.

Objective: To determine the relationship between therapeutic communication between nurses in the emergency room and the level of family anxiety at Rawa Lumbu Hospital

Research Method: The research method carried out by the researcher is quantitative. And the design in this research is analytical observational with a Cross Sectional approach or which aims to determine the relationship between the variables studied. The population in this study is patient families who specifically live in Rawa Lumbu with a total research sample of 57 patient families using a non-probability method with Purposive Sampling type.

Research Results: The results of research using the Chi-Square test showed that out of 57 respondents, 18 respondents (100.0%) said that the ER nurse's therapeutic communication was good and some of the patient's families experienced mild anxiety as many as 21 respondents (38.9%) and the value was P - Value of $0.000 < \alpha$ value (0.05).

Conclusion: It can be concluded that the P-value is $0.000 < \alpha$ value (0.05). This shows that there is a relationship between the therapeutic communication of IGD nurses and the level of family anxiety at Rawa Lumbu Hospital.

Keywords: nurse therapeutic communication, anxiety level

Reference List: 2016-2023

Number of Pages: xi – 124

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fenomena yang peneliti lihat ternyata banyak terjadi kasus gawat darurat memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. proses perawatan pasien di IGD sering kali mengabaikan aspek psikologis pasien karena perawat memiliki waktu yang terbatas untuk anggota keluarga pasien yang berada di intalasi gawat darurat mengalami rasa takut dan cemas sehingga keluarga membutuhkan informasi, dukungan dan kenyamanan (Indimelia 2021). Aspek positif dari keterlibatan keluarga dapat mengurangi kecemasan pada pasien. Selain itu keterlibatan keluarga juga berpengaruh terhadap kepuasan, penurunan kecemasan peningkatan kualitas perawatan, penurunan depresi pada pasien dan lamanya perawatan (Alizera et.al, 2019).

Data di Amerika tentang masalah kecemasan yang anggota keluarganya dirawat di UGD menunjukkan gejala kecemasan 10- 42% dan gejala depresi 16- 35%. Hal ini juga ditemukan di Indonesia, secara umum mayoritas keluarga pasien yang dirawat di UGD merasakan kecemasan sedang dengan persentase sebesar 72,5%, dan terdapat 12,5% responden merasakan kecemasan berat (Anadiyanah, 2021).

Terdapat juga hasil penelitian National health service, Amerika Serikat diperoleh dari 50 ribu orang yang anggota keluarganya dirawat, 30% mengalami kecemasan berat. Kecemasan tersebut disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu takut akan kecacatan (63%), takut kehilangan (21,3%), masalah sosial ekonomi

(10,7%), takut akan hal yang tidak diketahui, dan kurangnya informasi (5%), (National health 2020).

Hal ini juga ditemukan di Indonesia, secara umum mayoritas keluarga pasien yang dirawat di UGD merasakan kecemasan sedang dengan persentasi sebesar 72,5%, dan terdapat 12,5% responden merasakan kecemasan berat (Anadiyanah, 2021). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan Loriana tahun 2018, di ruang UGD Rumah Sakit Adi Husada Kapasari didapatkan bahwa tingkat kecemasan keluarga dikategorikan 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).

Berdasarkan hasil penelitian literature dari luar negeri yang membahas mengenai komunikasi terapeutik. Berdasarkan penelitian (Negi,dkk 2022).yang berjudul Quality of Rumah Sakit patient therapeutic communication and overall patient satisfaction during their hospitalia dengan responden yang berjumlah 110 Hasil penelitian Rumah Sakit tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien 81,8% menyatakan perawat membantu danmemperhatikan mereka, dan 81% pasien menyatakan bahwa perawat menjaga privasi dan kerahasiaan (Negi,dkk 2022). Hanya beberapa pasien menyatakan (4,5%) perawat cepat dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan mereka dan (31%) pasien menyatakan bahwa perawat mengklarifikasi keraguanmereka, hanya (37,3%) setuju bahwa perawat sopan dan rendah hati, dan sebanyak (40,9%) Pada penelitian yang dijelaskan oleh peneliti Negi terkait dengan karakteristik

komunikasi terapeutik perawat yang dilaksanakan perawat mengenai etika perawat di UGD (Negi, dkk 2022).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya disalah satu di Ruang Instalasi gawat darurat RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2017 terdapat (75 %) Pasien tidak puas atas komunikasi terapeutiknya. Contohnya perawat tidak pernah mengingatkan untuk meminum obat dan cara meminum obat yang benar (Siti dkk, 2019) Sebanyak 57 pasien mengalami kurangnya informasi dan edukasi di ruang Pringgodani Rumah Sakit Rajawali Citra Bantul Yogyakarta (Siti dkk, 2019).

Penelitian yang dilakukan (Roice, pondang & Hamel, 2020) Tentang komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien, menunjukkan bahwa perawat yang keterampilan komunikasi terapeutiknya baik dan pasien merasa puas sebanyak 91,3% dan merasa tidak puas terhadap komunikasi terapeutik sebanyak 84,6% pasien, walaupun masih terdapat 15,38% pasien yang menyatakan kurang puas terhadap komunikasi terapeutik perawat.

Dari penelitian yang dilakukan oleh Erna safariyah dkk 2019 di RSUD sukabumi dengan 18 responden laki-laki dan 16 responden perempuan bahwa persepsi keluarga tentang komunikasi terapeutik perawat di dapatkan hasil data komunikasi baik dengan presentasi 38,2%, komunikasi yang memadai 50,0%, dan komunikasi tidak baik 11,8%. Berdasarkan data ini menunjukkan hasil komunikasi terapeutik perawat yang memadai di UGD RSUD Sukabumi (Erna et al., 2019).

Kondisi gawat darurat yang menimbulkan suatu kecemasan yang dialami keluarga pasien yang berada di ruang UGD yaitu sesuatu yang mengancam

nyawa meliputi kasus trauma berat, maka dari itu perlu mendapatkan penanganan atau tindakan dengan cepat segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban, Kecemasan yang dialami keluarga pasien biasanya terkait dengan nyeri yang dirasakan maupun berbagai macam prosedur atau tindakan asing yang harus dijalani pasien dan kurangnya informasi yang jelas terhadap perawat karena pelayanan unit gawat darurat yaitu *time saving is life saving* (waktu adalah nyawa) perawat mempunyai waktu yang terbatas untuk menjelaskan kondisi pasien tersebut (Mellida et al., 2022).

Komunikasi perawat berperan penting dalam tingkat kecemasan pada keluarga pasien. Perawat yang berkomunikasi dengan baik dan memberikan informasi yang memadai tentang kondisi pasien, akan sangat membantu bagi keluarga untuk mengatasi stress situasi. Komunikasi yang efektif antara perawat dan keluarga pasien adalah penting; jika tidak, kualitas perawatan dapat berisiko, karena komunikasi diperkenalkan sebagai salah satu pilar perawatan intervensi darurat (Amiman et al., 2019).

Pada saat berkomunikasi perawat aktif mendengarkan, menunjukkan sikap terbuka dan mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka sehingga mampu melihat hal yang tidak disadari sebelumnya (Sudarta et al., 2020). beberapa kebutuhan keluarga dan pasien ialah dibebaskan dari rasa sakit dan ketidaknyamanan, untuk asupan awal sesegara mungkin, untuk dapat istirahat, mendapatkan informasi termasuk perkembangan penyakit, prognosis dan aktivitas kemajuan kesehatan Selain itu ada kebutuhan psikososial meliputi kepedulian. perawat, jam kunjungan fleksibel, dan komunikasi yang baik (Lukmanulhakim & Syukrowardi, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 1 februari 2024 Menurut data rekam medis di Ruangan IGD Rumah Sakit Rawa Lumbu didapatkan hasil bahwa pasien yang dirawat pada tahun 2022 berjumlah 2.150 rata-rata perbulan 180 pasien dan pada tahun 2023 berjumlah 1.346 di bulan Januari sampai Juni rata-rata perbulan 224 pasien.

Berdasarkan kajian-kajian tersebut dan kesenjangan yang ada, peneliti tertarik untuk meneliti dalam fakta mengenai “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat di IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu”. Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah keluarga pasien yang dirawat di ruang IGD Rumah Sakit Rawa Lumbu Diharapkan komunikasi terapeutik perawat di IGD dapat mengurangi kecemasan keluarga pasien (Noerva Diesma et al., 2023).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan komunikasi teraupetik perawat di IGD dengan tingkat kecemasan keluarga”

C. Tujuan Masalah

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan komunikasi teraupetik perawat di IGD dengan tingkat kecemasan keluarga di Rs Rawa Lumbu

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan) yang menunggu di ruang IGD Rs Rawa Lumbu
- b. Mengetahui distribusi frekuensi kemampuan komunikasi terapeutik perawat di IGD Rs Rawa Lumbu
- c. Mengetahui distribusi frekuensi tingkat kecemasan keluarga di IGD Rs Rawa Lumbu menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat di IGD dengan tingkat kecemasan keluarga

D. Manfaat penelitian

1. Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan pengembangan ilmu komunikasi terapeutik serta meningkatkan kualitas pendidikan komunikasi terapeutik khususnya keluarga pasien yang mengalami kecemasan ketika akan melakukan tindakan intensif di Rumah Sakit dan memberikan suatu sumbangan teoritik untuk keperawatan dan untuk memperkaya ilmu keperawatan dalam bidang komunikasi terapeutik pada keluarga pasien di ruang IGD.

2. Secara Praktis

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini meningkatkan pemahaman tentang pentingnya komunikasi terapeutik dalam melakukan tugas sebagai seorang perawat di IGD.

Penelitian ini juga bermanfaat bagi peneliti sebagai acuan dalam pengetahuan, wawasan dan pengalaman bagi peneliti.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini bermanfaat untuk dijadikan sebagai bahan literasi dalam menumbuhkan kemampuan komunikasi terapeutik pada perawat. Sehingga perawat terampil dan terbiasa menggunakan komunikasi terapeutik saat memberikan pelayanan pada pasien.

c. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini menjadikan bahan wawasan bagi Rs Rawa Lumbu dalam meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik untuk mengurangi kecemasan keluarga pasien yang dirawat di IGD.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Pengarang	Judul	Tahun	Hasil
1	Rini novita	Hubungan komunikasi teraupetik dengan kecemasan keluarga pasien di ruang UGD puskesmas bondowoso	2020	Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan Dengan nilai signifikasi (p) 0,000, makadapat dikatakan bawhwa komunikasi terapeutik memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkatkecemasan.
2.	Swandi	Hubungan komunikasi teraupetik terhadap tingkat kecemasan pasien di UGD MRCCC Siloam hospital semanggi	2022	Hasil penelitian di MRCCC Siloam Hospitals Semanggi – Jakarta. Berdasarkan hasil pengolahan data Spearman’s Rho p value > 0,05 diperoleh nilai p value = 0,102 yakni lebih besar dibandingkan p : 0,05 dengan, Ha ditolak , dan r tabel : – 0,221, yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien Hasil penelitian didapatkan dari 38 responden yang tidak baik komunikasi terapeutiknya dan cemas 10 responden (58%), yang komunikasi terapeutik baik dan tidak
3.	Yana setiawan	Hubungan komunikasi teraupetik dengan kecemasan orangtua pasiendalam pemasangan infus pada anak usia 1-3 tahun di UGD Rs harapan bunda	2022	
4.	B. Basra	Hubungan komunikasi teraupetik dengan tingkat kecemasan pasien hemodialisa di	2022	Hasil peneilitian menunjukkan bahwa sebagian besar komunikasi terapeutik yang dijalani perawat adalah baik dengan 38 responden

- RSUD dr harjono ponorogo (54%), dan sebanyak 32 responden (45%) mempunyai tingkat kecemasan dalam kategori kecemasan ringan. Hasil uji statistik Spearman rho didapatkan hasil $p= 0,000$, $p< 0, 05$
5. Fitrisari dkk Hubungan tindakan resusitasi dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di UGD RSUD piru kab. SBB 2021 Hasil uji Terdapat 16 orang kecemasan sedang, sebanyak 12 keluarga (40,0%) mengalami stres ringan dan sebanyak 20 keluarga (66,7%) mengalami depresi normal.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Komunikasi Teraupetik

1. Pengertian komunikasi teraupetik

Komunikasi terapeutik baik merupakan hubungan perawat dan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan *therapy* dalam mencapai peningkatan kesembuhan yang optimal dan efektif. Perawat harus mampu memberikan jaminan atau kualitas pelayanan keperawatan agar klien tidak ragu, tidak cemas, pesimis dan skeptis dalam menjalani proses keperawatan dan mampu berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien untuk mencapai tujuan tindakan (Za'im, 2023). Komunikasi terapeutik memberikan pengertian antara perawat dan klien dengan tujuan membantu klien memperjelas dan mengurangi beban pikiran serta diharapkan dapat menghilangkan kecemasan. Perawat sebagai komponen penting dalam proses keperawatan dan orang yang terdekat dengan klien diharapkan mampu berkomunikasi terapeutik, melalui perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi penyembuhan klien (Muhith, 2018).

Hasil penelitian (kulkarni 2022). Di dapatkan komunikasi teraupetik perawat mayoritas cukup baik sebesar 59,45% tingkat kecemasan ringan sebesar 46,5 dan ada hubungan yang cukup dan searah antara komunikasi teraupetik dengan tingkat kecemasan pasien.

Komunikasi terapeutik yaitu suatu bentuk komunikasi dimana komunikasi ini secara sadar telah mempunyai tujuan yang sudah terencana. Komunikasi ini dalam tindakanya harus dipusatkan pada beberapa fase antara

lain yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi atau akhir yang mempunyai dasar serta tujuan untuk meningkatkan kesehatan pada pasien baik sehat secara fisik maupun secara mental (Adim, 2020)

Beberapa definisi yang telah disampaikan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa komunikasi terapeutik adalah hubungan *take and give* antara perawat dan klien yang menggambarkan hubungan memberi dan menerima. Dalam arti perawat mendapat data yang akurat dari klien untuk di pakai sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan, sedangkan bagi klien memberikan informasi yang akurat dengan mengkomunikasikan tentang masalah kesehatan yang sedang dialami dan mempermudah perawat memberikan pelayanan kesehatan (Suwito & Priyantari, 2022).

2. Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut Musliha (2022), Komunikasi terapeutik diidentifikasi sebagai berikut :

1) Mendengarkan dengan penuh perhatian

Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian akan menciptakan kondisi keterlibatan emosional yang maksimal dalam situasi hubungan interpersonal antara klien dengan perawat

2) Menunjukkan penerimaan

Menerima pasti menyetujui, sedangkan menyetujui belum tentu menerima. Sikap perawat yang menunjukkan penerimaan adalah mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menampakkan pengertian, menghindarkan untuk berdebat atau mencoba untuk mengubah pikiran klien.

- 3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan terbuka
Pertanyaan terbuka memberikan peluang maupun kesempatan klien untuk menyusun dan mengorganisir pikirannya dalam mengungkapkan keluhannya sesuai dengan apa yang dirasakan.
- 4) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri
Dengan mengulang kembali ucapan klien (*Restarting*), harapan perawat adalah memberikan perhatian terhadap apa yang telah diucapkan. Tujuan pengulangan adalah memberikan penguatan dan memperjelas pada pokok bahasan atau isi pesan yang telah disampaikan oleh klien sebagai umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan diperhatikan serta mengharapkan komunikasi bisa berlanjut.
- 5) Klarifikasi
Klarifikasi dapat diartikan sebagai upaya untuk mendapatkan persamaan persepsi antara klien dan perawat tentang perasaan yang dihadapi dalam rangka memperjelas masalah untuk memfokuskan perhatian
Memfokuskan Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti
- 6) Menyampaikan hasil observasi
Perawat memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar.

7) Menawarkan informasi

Memberikan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain itu, ini akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat karena perawat terkesan menguasai masalah yang dihadapi klien.

8) Diam

Teknik komunikasi yang dilakukan perawat dengan tidak bicara apapun (diam) merupakan teknik komunikasi yang memberikan kesempatan kepada klien untuk mengorganisir dan menyusun pikiran atau ide sebelum diungkapkan kepada perawat

9) Meringkas

Meringkas berarti mengidentifikasi poin-poin penting selama diskusi atau pembicaraan sehingga di dalamnya sekaligus ada proses verifikasi atau ide dalam pikirannya

10) Memberikan penghargaan

Reinforcing positif atas hal yang mampu dilakukan klien dengan baik dan benar merupakan bentuk pemberian penghargaan. Penghargaan dalam pelayanan keperawatan tidak berbentuk materiil akan tetapi berbentuk dorongan psikologis atau imaterial untuk memacu lebih baik lagi Teknik komunikasi terapeutik menurut fundamental keperawatan (Kozier et al., 2022) :

a. Diam

Menerima jeda atau keheningan yang dapat berlangsung selama beberapa detik atau beberapa menit tanpa mengeluarkan respons verbal

b. Bersikap Spesifik dan tentatif

Membuat pernyataan yang spesifik, bukan umum, dan pernyataan yang tentatif, bukan absolut.

c. Mengajukan pertanyaan terbuka

Mengajukan pertanyaan yang luas, yang menggiring atau mengajak klien untuk menggali (mengelaborasi, mengklarifikasi, menggambarkan, membandingkan, atau mengilustrasikan) pikiran atau perasaannya.

Pertanyaan terbuka hanya dikhususkan pada topik yang akan dibahas saja dan yang mendorong jawaban lebih dari satu atau dua kata.

d. Sentuhan

Menerapkan bentuk-bentuk sentuhan yang sesuai untuk mendukung perasaan caring. Karena kontak taktil sangat bervariasi antar individu, keluarga, dan budaya, perawat harus sensitif terhadap perbedaan sikap serta praktik klien dan dirinya sendiri.

e. Menyatakan kembali ucapan klien

Mendengarkan dengan aktif pesan dasar yang disampaikan klien dan kemudian mengulangi pemikiran dan/atau perasaan tersebut ke dalam kata-kata yang serupa. Langkah ini menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memahami pesan dasar klien dan menyampaikan ide yang lebih jelas mengenai apa yang telah klien katakan.

f. Klarifikasi

Sebuah metode yang membuat makna dari keseluruhan pesan yang disampaikan klien menjadi lebih mudah dipahami. Metode ini digunakan saat parafrase sulit dilakukan atau ketika komunikasi menjadi berputar

putar. Untuk mengklarifikasi pesan, perawat dapat mengulang kembali pesan dasar atau mengaku kalau ia merasa bingung dan minta klien untuk mengulangi atau menyatakan kembali pesannya. Perawat juga dapat mengklarifikasi pesan mereka sendiri dengan pernyataan.

g. Berbagai persepsi atau mencari validasi konsensus

Metode yang sama dengan klasifikasi yang memastikan makna kata tertentu, bukan makna keseluruhan pesan

h. Menawarkan diri untuk membantu

Mengungkapkan kehadiran, minat, atau keinginan untuk memahami klien tanpa membuat tuntutan atau mengajukan syarat yang harus klien patuhi untuk menerima perhatian perawat

i. Memberikan informasi

Memberikan informasi faktual, yang mungkin klien minta atau tidak, dengan cara yang sederhana dan langsung. Jika informasi tidak diketahui, perawat harus mengatakannya dan menjelaskan siapa yang mengetahui informasi tersebut, atau mengatakan kapan perawat dapat memperoleh informasi tersebut.

j. Mengungkapkan penghargaan

Mengenali perubahan perilaku klien, upaya yang telah klien lakukan, atau peran serta klien dalam komunikasi dengan cara yang tidak menghakimi. Pengenalan ini dapat disertai pemahaman verbal atau nonverbal, dapat juga tidak.

k. Mengklarifikasi waktu atau urutan kejadian

Membantu klien mengklarifikasi peristiwa, situasi, atau kejadian dalam kaitannya dengan waktu.

l. Mengorientasikan realitas

Membantu klien membedakan mana kenyataan, dan mana yang bukan.

m. Memfokuskan

Membantu klien memperluas dan mengembangkan topik yang penting.

Penting bagi perawat untuk menunggu sampai klien selesai mengungkapkan masalahnya yang utama sebelum mencoba untuk fokus.

Fokus dapat berupa ide atau perasaan; meskipun demikian, perawat sering kali menekankan perasaan untuk membantu klien mengenali emosi yang tersembunyi di balik kata-kata.

n. Refleksi

Mengarahkan ide, perasaan, pertanyaan, atau isi percakapan kembali kepada klien untuk memampukan mereka menggali ide-ide dan perasaan mereka sendiri tentang suatu situasi.

o. Meringkas dan merencanakan

Menyatakan poin-poin utama suatu diskusi untuk mengklarifikasi poin-poin relevan yang telah didiskusikan.

Teknik ini bermanfaat pada akhir wawancara atau untuk meninjau sesi penyuluhan kesehatan yang telah dilakukan. Teknik ini kadang dijadikan pendahuluan untuk perawatan yang akan datang (Makahanap Peginusa et al., 2023).

3. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut (Siti Nurhidayah & doddy, 2020) Prinsip komunikasi teraupetik terbagi menjadi 4 yaitu :

a. Hubungan terapeutik perawat-klien

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

b. Menghargai keunikan klien

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

c. Menjaga harga diri

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

d. Hubungan saling percaya

Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya rasa saling percaya (trust) harus dibina sejak awal pertemuan karena hal ini akan menentukan komunikasi pada tahap berikutnya dalam proses keperawatan (zylah 2020).

4. Faktor-faktor penghambat komunikasi terapeutik

Ada beberapa faktor dalam hambatan proses komunikasi terapeutik, banyak faktor latar belakang klien yang mempengaruhi proses komunikasi dan berdampak pada hasil interaksi perawat-klien (Afiani & Qodir, 2020). Beberapa faktor yang paling umum adalah:

- 1) Budaya.
- 2) Nilai (kepercayaan dan peraturan kehidupan masyarakat).
- 3) Status sosial.
- 4) Keadaan emosional (perasaan yang mempengaruhi pola komunikasi).
- 5) Orientasi spiritual.
- 6) Pengalaman internal (seperti dampak biologis dan Psikologis yaitu bagaimana seseorang menginterpretasikan situasi kehidupan).
- 7) Kejadian-kejadian di luar individu.
- 8) Sosialisasi keluarga mengenai komunikasi.
- 9) Bentuk hubungan.
- 10) Konteks hubungan saat ini.
- 11) Isi pesan (seperti topik-topik yang menimbulkan kepekaan dan berdampak secara emosional)

5. Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut (Muhid & Siyoto, 2018) tahap komunikasi terapeutik meliputi

a. Tahap Pra interaksi

Pada tahap ini disebut juga tahap apersepsi dimana perawat menggali dulu kemampuan yang dimiliki sebelum kontak atau berhubungan dengan klien

b. Tahap Perkenalan

Pada tahap perkenalkan ini perawat memulai kegiatan pertama kali dimana perawat bertemu dengan klien kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya dalam hal ini perawat sudah siap sedia untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada klien

c. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi perawat menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain untuk memperkuat perumusan diagnosis keperawatan.

d. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi perawat menolong klien untuk mengatasi cemas meningkatkan kemandirian dan tanggungjawab terhadap diri dan mengembangkan mekanisme koping konstruktif

e. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dalam menjalankan tindakan keperawatan serta mengakhiri interaksinya dengan klien dengan dilakukan terminasi klien menerima kondisi perpisahan tanpa menjadi regresi putus asa serta menghindari kecemasan. Dalam hubungan perawat dan klien terdapat dua terminasi yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir terminasi sementara dilakukan bila perawat mengakhiri tindakan keperawatan masa tugas berakhir atau Operan dengan teman sejawat dalam rangka untuk peralihan tugas sedangkan

terminasi akhir dilakukan bila klien akan meninggalkan rumah sakit karena sudah sembuh atau pindah rumah sakit lain.

Tahap komunikasi terapeutik menurut fundamental keperawatan (Kozier et al., 2022) :

a. Fase pra interaksi

Fase pra-interaksi mirip dengan tahap perencanaan sebelum melakukan wawancara. Biasanya, perawat memiliki informasi tentang klien sebelum bertatap muka untuk yang pertama kali. Informasi tersebut dapat meliputi nama klien, alamat, usia, riwayat medis, dan/atau riwayat sosial klien. Perencanaan untuk kunjungan pertama dapat menimbulkan perasaan cemas pada diri perawat. Jika perawat menyadari perasaan tersebut dan mengidentifikasi informasi yang spesifik untuk dibahas, akan diperoleh hasil yang positif.

b. Fase Perkenalan

Fase perkenalan adalah fase orientasi penting karena mengatur sifat keseluruhan hubungan. Tiga tahap yang terdapat dalam fase perkenalan adalah membuka hubungan, mengklarifikasi masalah, dan membuat serta memformulasi kontrak. Setelah perkenalan, perawat dapat mulai melakukan beberapa interaksisosial untuk menenangkan klien.

c. Fase Kerja

Selama fase kerja, perawat dan klien mulai memandang satu sama lain sebagai individu yang unik. Sikap *caring* menunjukkan kepedulian yang dalam dan tulus terhadap kesejahteraan orang lain. Saat sikap *caring* tumbuh, kemungkinan munculnya sikap empati juga semakin besar. Fase

kerja memiliki dua tujuan utama: menggali dan memahami pikiran dan perasaan, serta memfasilitasi dan mengambil tindakan. Perawat membantu klien untuk menggali berbagai pikiran, perasaan, dan tindakan, serta membantu klien merencanakan program tindakan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

d. Fase Terminasi

Fase terminasi dalam hubungan ini biasanya berjalan sulit dan diliputi kebingungan. Akan tetapi, jika fase sebelumnya berjalan secara efektif, klien umumnya memiliki pandangan yang positif serta merasa mampu untuk mengatasi masalah secara mandiri (Ramli, 2021). Di sisi lain, karena perasaan caring telah tumbuh, sangat wajar jika muncul perasaan kehilangan, dan setiap individu perlu mengembangkan cara untuk mengucapkan selamat tinggal. Banyak metode yang dapat digunakan untuk mengakhiri suatu hubungan. Meringkas atau mengulas proses suatu hubungan dapat menimbulkan perasaan puas. Bermanfaat pula bagi perawat dan klien untuk mengungkapkan perasaan mereka tentang terminasi secara terbuka dan jujur. Dengan demikian, diskusi tentang terminasi perlu dimulai sebelum wawancara terminasi. Langkah ini juga memberi kesempatan klien untuk menyesuaikan diri dengan kemandirian. Di beberapa situasi, perujukan penting di lakukan, atau mungkin akan tepat untuk menawarkan pertemuan berkala guna memberikan dukungan sesuai kebutuhan. Telepon atau e- mail tindak lanjut merupakan intervensi lain yang memudahkan peralihan klien menuju kemandirian.

6. Bentuk – bentuk komunikasi

Ada tiga bentuk komunikasi yang dapat dilakukan oleh perawat dirumah sakit, ialah (Sirager, 2021):

a. Komunikasi verbal

Jenis Komunikasi ini yang paling sering dipakai dalam proses pelayanan keperawatan dirumah sakit, pertukaran informasi secara verbal dilakukan dengan *face to face* antara pemberi informasi dan penerima informasi. Perkataan merupakan simbol atau alat yang digunakan untuk mengungkapkan ekspresipemikiran dan perasaan meningkatkan respons emosional, atau menguraikan objek, memantau dan memori. Keuntungan komunikasi verbal ialah dapat melihat respon individu secara langsung saat berkomunikasi. Hal yang harus diperhatikan saat melakukan komunikasi verbal:

- a) Jelas dan ringkas artinya menginformasikan secara efektif harus sederhana, ringkas dan langsung pada tujuan pembicaraan.
- b) Mudah dipahami yaitu perawat harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien, hindari penggunaan istilah medis karena bisa membuat pasien tidak mampu mengikuti petunjuk atau menerima informasi.

c) Denotatif dan konotatif

Denotatif merupakan pengertian kata yang digunakan, sedangkan konotatif merupakan sebuah pemikiran, ide dan perasaan dalam satu kata yang disampaikan. perawat harus selalu berhati – hati saat

berkomunikasi dengan pasien dalam pemilihan kata hal ini dapat meminimalisir kesalahpahaman, terutama saat perawat menjelaskan tujuan terapi dan kondisi pasien.

d) memberi kesempatan bicara

Tempo dan Kecepatan saat berbicara dapat mempengaruhi keberhasilan komunikasi verbal. Selaan digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberikan waktu kepada pendengar untuk memahami kata. Selaan juga digunakan untuk memikirkan apa yang akan diungkapkan sebelum dibicarakan, menyimak bahasa isyarat non verbal dari lawan bicara jika menunjukkannya. Perawat juga harus mengkonfirmasi apa yang telah disampaikannya apakah berbicara kecepatan atau lambat serta perlu pengulangan sehingga komunikasi yang disampaikan dapat dimengerti oleh pasien.

e) Waktu dan Relevansi

Pemilihan waktu sangat penting dalam menyampaikan pesan. Perawat harus peka terhadap ketepatan waktu saat akan melakukan komunikasi, terutama komunikasi verbal akan lebih dipahami jika informasi yang disampaikan sesuai dengan minat dan kebutuhan pasien.

f) Humor

Ketegangan dan rasa nyeri yang disebabkan oleh hormon dapat berkurang dengan tertawa atau humor yang diberikan. Humor juga dapat meningkatkan keberhasilan proses keperawatan dan memberikan dukungan emosional kepada pasien, merelaksasikan pernapasan dan

menutupi rasa takut serta tidak enak atau menutupi ketidakmampuan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien.

b. Komunikasi tertulis

Komunikasi tertulis adalah salah satu bentuk komunikasi yang digunakan dalam pelayanan komunikasi terapeutik perawat kepada pasien. Komunikasi tertulis yang digunakan ialah untuk mendokumentasikan proses keperawatan seperti, penulisan data pasien, obat yang diberikan, rencana tindakan, keterangan penyakit dan lain hal. Prinsip – prinsip yang perlu diperhatikan dalam komunikasi tertulis harus memenuhi syarat seperti: lengkap, jelas, kongkrit, ringkas, sopan dan benar.

c. Komunikasi non verbal

Bentuk – bentuk komunikasi non verbal menurut Priyanto dalam (Sirager, 2021) :

- a) Penampilan individu
- b) Intonasi suara
- c) ekspresi wajah
- d) sentuhan

B. Konsep Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah lini utama sebagai jalan masuknya pasien ke rumah sakit dan juga layanan yang memberikan pertolongan utama kepada pasien dengan kondisi gawat darurat. Kondisi gawat darurat memerlukan tindakan medis secara cepat dan langsung untuk menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah terjadinya kecacatan. Pasien yang berada di IGD akan ditangani sesuai dengan keadaan pasien

(Tampubolon & Sudharmono, 2020). Instalasi Gawat Darurat merupakan pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Pelayanan kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin ke multi profesi termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan kegawat daruratan ini sudah diatur dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGT) baik SPGT sehari-hari (SPGT-S) dan akibat bencana (SPGT-B). Indikator kinerja klinis pelayanan gawat darurat, waktu tanggap (response time) < 5 menit, angka kematian pasien < 24 jam dua per seribu (PERMENKES RI,2018). Unit Gawat Darurat UGD) merupakan fasilitas pelayanan 24 jam perawatan medis dan tempat awal semua pasien masuk baik dengan kondisi gawat darurat maupun tidak gawat darurat (Mahrur, 2022).

2. Fungsi Instalasi Gawat Darurat

berfungsi untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawat daruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari, maupun bencana, kegiatan pelayanan. Selain itu IGD juga melakukan beberapa hal contohnya sebagai tenaga pendidik dan pelatihan gawat darurat, mengelola penendalian mutu pelayanan gawat darurat, dan melakukan koordinasi dengan rumah sakit lain (PERMENKES RI,2018). Menurut Hartati & Halimuddin (2022), indikator keberhasilan dalam penanganan medik pasien gawat darurat adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan kepada pasien gawat darurat. Keberhasilan waktu tanggap atau yang biasa disebut dengan response time sangat bergantung pada kecepatan

pemberian pertolongan serta kualitas yang di berikan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak kejadian di tempat, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit.

3. Kegiatan pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Menurut (En. Cholis 2022) kegiatan pelayanan di IGD anantara lain :

- a. Triase Adalah proses memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan kegawat daruratan.
- b. Survey Primer (resusitasi dan stabilisasi) Merupakan tindakan yang segera diberikan kepada pasien dengan kategori merah setelah megevaluasi potensi jalan nafas, status pernafasan,,sirkulasi dan jaringan, serta status mental pasien.
- c. Survey Sekunder Tindakan yang diberikan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan defenitive segera namun pada puskesmas/ klinik/ tempat praktek dokter.
- d. Tatalaksana Defenitive Pemeberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap pasien.
- e. Rujukan Tindaklanjut penanganan terhadap pasien yang mungkin dilakukan di puskesmas/klinik.
- f. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien
- g. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjut/defenitif dari fasilitas kesehatan lainnya.
- h. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak

mampumelakukan layanan lanjutan (Paula, 2019) .

C. Konsep Kecemasan Keluarga

1. Pengertian Kecemasan

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan tidak tenang yang samar karena ketidaknyamanan atau konsep yang dilengkapi ketidak pastian, 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 (Kristiani & Dini, 2017). Kecemasan merupakan keadaan dimana seseorang mengalami perasaan gelisah dan aktivitas sistem saraf otonom dalam merespon ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik (N. Wulandari, 2021).

Keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari kepala keluarga dan anggotanya dalam ikatan nikah atau hubungan baik antara satu sama lain yang hidup dalam satu tempat tinggal, memiliki aturan yang ditaati secara bersama dan mampu mempengaruhi antar anggotanya serta memiliki tujuan dan program yang jelas. 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 (Inayah 2022).

Penelitian sebelumnya yang dapat ditemukan dalam informasi tersebut terjadi kecemasan dengan presentase yang cukup tinggi dikarenakan ada faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan keluarga pasien dan kurangnya informasi yang disampaikan dari perawat, karakteristik dari keluarga, faktor

pendapatan keluarga juga mempengaruhi terhadap kecemasan yang terjadi. Keberhasilan dari masalah kecemasan tergantung pada karakteristik keluarga, keadaan sosial ekonomi, serta informasi yang cukup jelas bagi keluarga dari perawat IGD untuk mengurangi masalah kecemasan keluarga yang menunggu anggota keluarganya dirawat di Ruang IGD (Anggi & Solikah, 2021).

2. Penyebab Kecemasan

Stuart (2022) mengatakan penyebab kecemasan terdiri dari :

a. Faktor Predisposisi

Berbagai pandangan dan tentang kecemasan dari beberapa teori telah dikembangkan sebagai penyebab kecemasan yaitu sebagai berikut:

a) Teori Psikoanalitik

Pandangan psikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Teori Interpersonal

Pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

c) Teori Perilaku

Pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dininya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya.

d) Teori Keluarga

Menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemukan dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.

e) Teori Biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endorphin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan

menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

b. Faktor Presipitasi

Faktor yang mempengaruhi kecemasan atau stresor pencetus dari munculnya kecemasan dikelompokkan dalam 2 faktor yang mempengaruhi sebagai berikut :

a) Faktor Eksternal

1) Ancaman Terhadap Integritas Diri Seseorang

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Hal ini dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi infeksi virus dan bakteri, polusi lingkungan, sampah rumah dan makanan juga pakaian, trauma fisik dan proses adaptasi lingkungan dan situasi, ketidakmampuan fisiologi atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).

2) Ancaman Terhadap Sistem Diri Seseorang

Meliputi ancaman yang dapat membahayakan terhadap identitas diri, harga diri dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran atau fungsi sosial yang terintegrasi seseorang. Faktor eksternal yang mempengaruhi harga diri adalah kehilangan, dilematik, faktor dukungan keluarga, tekanan dalam kelompok sosial maupun budaya.

b) Faktor Internal

Faktor internal yang berhubungan dengan kemampuan individu dalam merespon terhadap munculnya kecemasan preoperasi adalah kegagalan mekanisme fisiologi seperti sistem kekebalan, pengaturan suhu dan jantung, perubahan biologis, maturasi, perkembangan diri meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, akses informasi, pekerjaan, sosial ekonomi, pengalihan dan kepribadian (Permata Sari, 2019).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut (Nana Rochana, 2022). faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di bagi atas :

a. Faktor Instrinsik

1) Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa. Sebagian besar terjadi pada umur 35-55 tahun di anggap usia yang aktif dan masih kuat secara fisik, dimana keluarga yang menunggu pasien yang di rawat, belum mengalami penurunan atau kemunduran dalam aspek kehidupan baik secara fisiknya. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, kemampuannya dalam bertindak meningkat, dan dalam mengambil keputusan lebih matang. Sehingga memungkinkan seseorang berpikir lebih realistis, rasional dan obyektif. Hal ini sejalan dengan penelitian (Heriani & Maharani Gandi, 2023).

2) Jenis kelamin

laki laki menjadi mayoritas penunggu pasien karena perempuan adalah anggota keluarga yang dirumah dan tidak bekerja sehingga mempunyai waktu untuk menunggu pasien. Berbeda dengan perempuan yang biasanya mengurus rumah untuk keluarganya dan mempunyai waktu sedikit untuk menjaga pasien.

Menurut penelitian (lumentha 2022) bahwa kebanyakan laki laki yang menunggu pasien yang dirawat di IGD dikarenakan pria lebih banyak menuntut dan berharap terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dan cenderung mengkritik dari pada wanita.

3) Pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus (Aini 2020).

4) Komunikasi Teraupetik

Hasil penelitian (marjuki 2022). didapatkan komunikasi terapeutik perawat yang dikategorikan cukup baik sebesar 59, 4%, tingkat kecemasan keluarga pasien yaitu mayoritas kecemasan ringan sebesar

46, 5%, dan ada hubungan yang cukup dan searah antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.

Komunikasi terapeutik mayoritas baik karena didukung oleh pelayanan perawat dalam meningkatkan kesembuhan yang optimal dan efektif. Perawat dan klien yang menggambarkan hubungan memberi dan menerima. Dalam arti perawat mendapat data yang akurat dari klien untuk di pakai sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan, sedangkan bagi klien memberikan informasi yang akurat dengan mengkomunikasikan tentang masalah kesehatan yang sedang dialami dan mempermudah perawat memberikan pelayanan kesehatan (Suwito&Priyantari, 2022).

5) Kecemasan keluarga

Hasil penelitian (Riana 2022). menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (67, 05%) mengalami kecemasan dengan rentang tingkat kecemasan ringan sampai berat. Sebanyak 24, 8% responden mengalami kecemasan ringan, 11, 2% kecemasan sedang, 22, 1% kecemasan berat dan 8, 8% mengalami kecemasan berat sekali. Kecemasan keluarga dikategorikan ringan dikarenakan perawat mampu memberikan jaminan atau kualitas pelayanan keperawatan agar klien tidak ragu, tidak cemas, pesimis dan skeptis dalam menjalani proses keperawatan dan mampu berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien untuk mencapai tujuan tindakan (Za'im, 2023).

b. Faktor Ekstrinsik

1) Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis.

2) Akses informasi

Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Akses informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber.

3) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal (lingkungan) yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Perawat merupakan sumberdaya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu klien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

4) Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik, diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomirendah prevalensi gangguan psikiatriknya lebih banyak. Jadi, keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien menghadapi tindakan pembedahan atau anestesi.

Sedangkan dalam kasus pre operasi, (J.Sadock & A.Sadock,2022) menjelaskan bahwa kecemasan pasien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita.

5) Pengalaman pasien

Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang operasi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan darurat

6) Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu berhubungan dengan orang lain. Banyak faktor yang mempengaruhi peran seperti kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dijalankannya. Juga keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

7) Tingkat pendidikan

Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola

bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

8) Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Berdasarkan hasil penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi psikiatriknya lebih banyak. Jadi keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien yang akan menghadapi tindakan operasi.

9) Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

10) Akses informasi

Pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien sebelum tindakan operasi terdiri dari tujuan operasi, proses operasi, resiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi.

11) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimanadia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

12) Jenis tindakan medis

Adalah klasifikasi suatu tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tentang tindakan operasi, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

4. Manifestasi Kecemasan

Menurut (Lenny Gannika 2022), manifestasi kecemasan meliputi : respon fisiologi, kognitif, tingkah laku dan afektif yaitu sebagai berikut :

a. Respon fisiologi

- 1) Sistem kardiovaskuler : palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, dan denyut nadi menurun, pingsan.
- 2) Sistem pernafasan : napas cepat, pernapasan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik dan terengah-engah
- 3) Sistem neuromuskuler : peningkatan reflek, reaksi kejutan, insomnia, ketakutan, gelisah, tegang, kelemahan secara umum, gerakan lambat.

- 4) Sistem gastrointestinal : kehilangan nafsu makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, diare.
- 5) Sistem perkemihan : tidak dapat menahan buang air kecil, sering buang air kecil.
- 6) Sistem integument : rasa terbakar pada muka, berkeringat pada telapak tangan, gatal-gatal, perasaan panas atau dingin pada kulit, muka pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon kognitif

Seperti gangguan perhatian, konsentrasi hilang, pelupa, salah tafsir, bloking pada pikiran, lahan persepsi menurun, kreatifitas menurun, bingung, kesadaran diri yang berlebihan, khawatir yang berlebihan, objektivitas hilang, takut.

c. Respon perilaku

Seperti gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, tidak ada koordinasi, menarik diri, menghindar, hiperventilasi.

d. Respon afektif

Seperti: tidak sadar, tegang, takut yang berlebihan, gugup yang luar biasa, sangat gelisah.

e. Rentang Respon Kecemasan

Menurut (Rahayu, 2020) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

1) Cemas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan

persepsi. Kecemasan juga dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Adapun karakteristik nya sebagai berikut:

- a) Berhubungan dengan tingkat ketegangan dalam peristiwa sehari-hari.
- b) Kewaspadaan meningkat.
- c) Persepsi terhadap lingkungan meningkat.
- d) Dapat menjadikan motivasi yang positif untuk belajar dan menghasilkan kreatifitas.
- e) Respon fisiologis: sesekali napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar.
- f) Respon perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

2) Cemas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang sangat penting dan mengenyampingkan pada hal yang lain, sehingga Antisipasi Sedang Berat Panik Respon adaptif Respon maladaptif Ringan seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Adapun karakteristik cemas sedang yaitu:

- a) Respon fisiologis: sering napas pendek, nadi sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare atau konstipasi, sakit kepala dan sering berkemih.

- b) Respon kognitif: memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengenyampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu terima.
- c) Respon perilaku dan emosi: gerakan tersentak - sentak, terlihat lebih tegang, banyak bicara lebih cepat, susah tidur, perasaan tidak aman.

3) Cemas berat

Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak berfikir tentang hal yang lain, semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Adapun karakteristik cemas berat yaitu:

- a) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain.
- b) Respon fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkabut, serta tampak tegang.
- c) Respon kognitif: tidak mampu berfikir berat lagi, dan membutuhkan banyak pengarahan atau tuntunan, serta lapang pandang menyempit.
- d) Respon perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi terganggu.

4) Panik

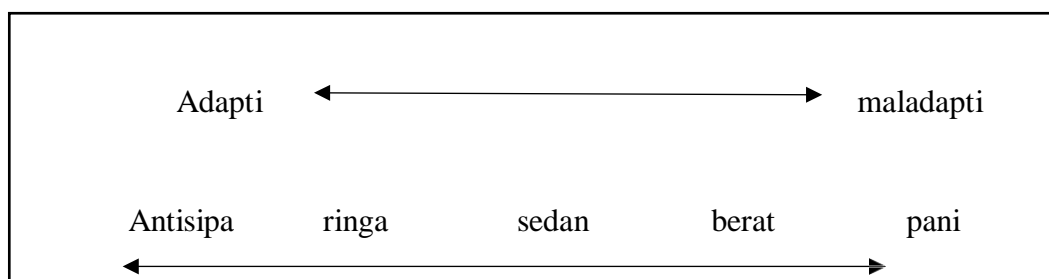
Berhubungan dengan terperangah ketakutan dan eror. Rincian terpecah dari proporsi karena mengalami kehilangan kendali. Orang

yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik terjadi aktifitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Adapun karakteristik panik yaitu:

- a) Respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakitdada, pucat, hipertensi, serta rendahnya koordinasi motorik.
- b) Respon kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berfikirlogis, dan persepsi terhadap lingkungan selalu mengalami distorsi, serta ketidakmampuan memahami situasi.
- c) Respon perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk atau marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali atau kontrol (aktivitas tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain (Niranjan Banik, Adam Koesoemadinata, Charles Wagner, Charles Inyang, 2020) mengatakan rentan respon individu berfluktuasi antara respon adaptif dan Maladaptif seperti

Bagian 2.1 rentang respon cemas

(Niranjan Banik, Adam Koesoemadinata, Charles Wagner, CharlesInyang, 2020).



D. Konsep Perawat IGD

1. Pengertian perawat IGD

Menurut (Tyagita Mandasari 2022) Perawat IGD merupakan salah satu tenaga medis yang berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Beragamnya tugas keperawatan yang harus dilakukan serta tekanan dan tuntutan untuk selalu siap siaga menangani pasien yang jumlah dan tingkat keparahannya tidak dapat diprediksi mengakibatkan beban kerja perawat IGD dianggap berat. Beban kerja yang sedemikian rupa dikhawatirkan dapat mengakibatkan burnout dan penurunan keandalan kerja perawat (Mukin & Wida, 2020).

2. Tugas Perawat IGD

Menurut (Rifka E. Rama 2020) Tugas perawat ada beberapa macam yaitu :

- a. Menerima dan melayani pasien di IGD.
- b. Mendampingi dokter memeriksa dan melakukan tindakan kepada pasien.
- c. Menjaga dan memelihara kebersihan IGD.
- d. Menjaga dan memelihara fasilitas IGD selalu dalam keadaan siap dan memudahkan dalam pelayanan pasien.
- e. Melakukan inventarisasi dan inventorisasi peralatan dan bahan-bahan di IGD setiap shiftnya.
- f. Melengkapi administrasi pasien untuk kebutuhan pembayaran dan
- g. Penagihan pasien (tagihan rawat jalan, resep, blangko asuransi) dan mengantar ke kasir.

- h. Melakukan tindakan keperawatan sesuai instruksi Dokter
- i. Menghubungi dokter jaga dan dokter spesialis.
- j. Menghubungi dan mengantar pasien ntuk pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan .
- k. Memesan kamar dan mengantar pasien rawat inap.
- l. Melengkapi pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatandengan tepat dan benar.
- m. Menyiapkan dan melengkapi administrasi pasien rawat jalandan rawat inap.
- n. Menghubungi petugas lainnya untuk kebutuhan pasien(kepala shift/Supervisor dan supir ambulance).
- o. Menyiapkan kebutuhan untuk merujuk pasien ke institusipelayanan kesehatan lain.

3. Triase

Triase Adalah Proses khusus Memilah dan memilih pasien berdasarkan beratnya penyakit menentukan prioritas perawatan gawat medik serta prioritas transportasi. artinya memilih berdasarkan prioritasdan penyebab ancaman hidup. Triase/Triage merupakan suatu sistem yang digunakan dalam mengidentifikasi korban dengan cedera yang mengancam jiwa untuk kemudian diberikan prioritas untuk dirawat ataudievakuasi ke fasilitas kesehatan (Kartikasari et al., 2019).

4. Tujuan Triase perawatan gawat darurat

Menurut (Wolf et al, 2018) :

- a. Identifikasi cepat korban yang memerlukan stabilisasi

- b. segera,Ini lebih ke perawatan yang dilakukan di lapangan.
- c. Identifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan untuk mengurangi jatuhnya korban jiwa dan kecacatan. Inilah tiga alasan dan tujuan dilakukannya Triase gawat darurat PPGD

5. Prinsip-prinsip Triase dan Tata cara melakukan Triase

Menurut (Yanti,dkk, 2019). Triase dilakukan berdasarkan observasi Terhadap 3 hal, yaitu :

- a. Pernafasan (respiratory)
- b. Sirkulasi (perfusion)
- c. Status Mental (Mental State)

Dalam pelaksanaannya biasanya dilakukan Tag label Triase (Label Berwarna) yang dipakai oleh petugas triase untuk mengidentifikasi dan mencatat kondisi untuk tindakan medis terhadap korban.

Pengelompokan Triase berdasarkan Tag label

- a. Prioritas Nol (Hitam)

Pasien meninggal atau cedera Parah yang jelas tidak mungkin untuk diselamatkan. pengelompokan label Triase

- b. Prioritas Pertama (Merah)

Penderita Cedera berat dan memerlukan penilaian cepat dan tindakan medik atau transport segera untuk menyelamatkan hidupnya. Misalnya penderita gagal nafas, henti jantung, Luka bakar berat, pendarahan parah dan cedera kepala berat.

c. Prioritas kedua (kuning)

Pasien memerlukan bantuan, namun dengan cedera dan Tingkat yang kurang berat dan dipastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat. misalnya cedera abdomen tanpa shok, Luka bakar ringan, Fraktur atau patah tulang tanpa Shok dan jenis-jenis penyakit lain.

d. Prioritas Ketiga (Hijau)

Pasien dengan cedera minor dan tingkat penyakit yang tidak membutuhkan pertolongan segera serta tidak mengancam nyawadan tidak menimbulkan kecacatan. Nah mungkin anda masuk dalam kategori yang ini, jadi Jangan marah-marah dan jangan heran kenapa anda tidak langsung mendapatkan perawatan di Ruang IGD sementara mereka harus menolong pasien lain yang lebih parah.

6. Klasifikasi Triase

Menurut (Hadiki et al, 2020). Klasifikasi triase yaitu :

a. Triase di tempat

Dilakukan Di tempat korban di temukan atau pada tempat penampungan, triase ini dilakukan oleh tim pertolongan pertama sebelum korban dirujuk ke tempat pelayanan medik lanjutan.

b. Triase Medic

Dilakukan pada saat Korban memasuki Pos pelayanan medik lanjutan yang bertujuan Untuk menentukan tingkat perawatan dan tindakan pertolongan yang di butuhkan oleh korban. atau triase ini sering disebut dengan Triase Unit gawat darurat.

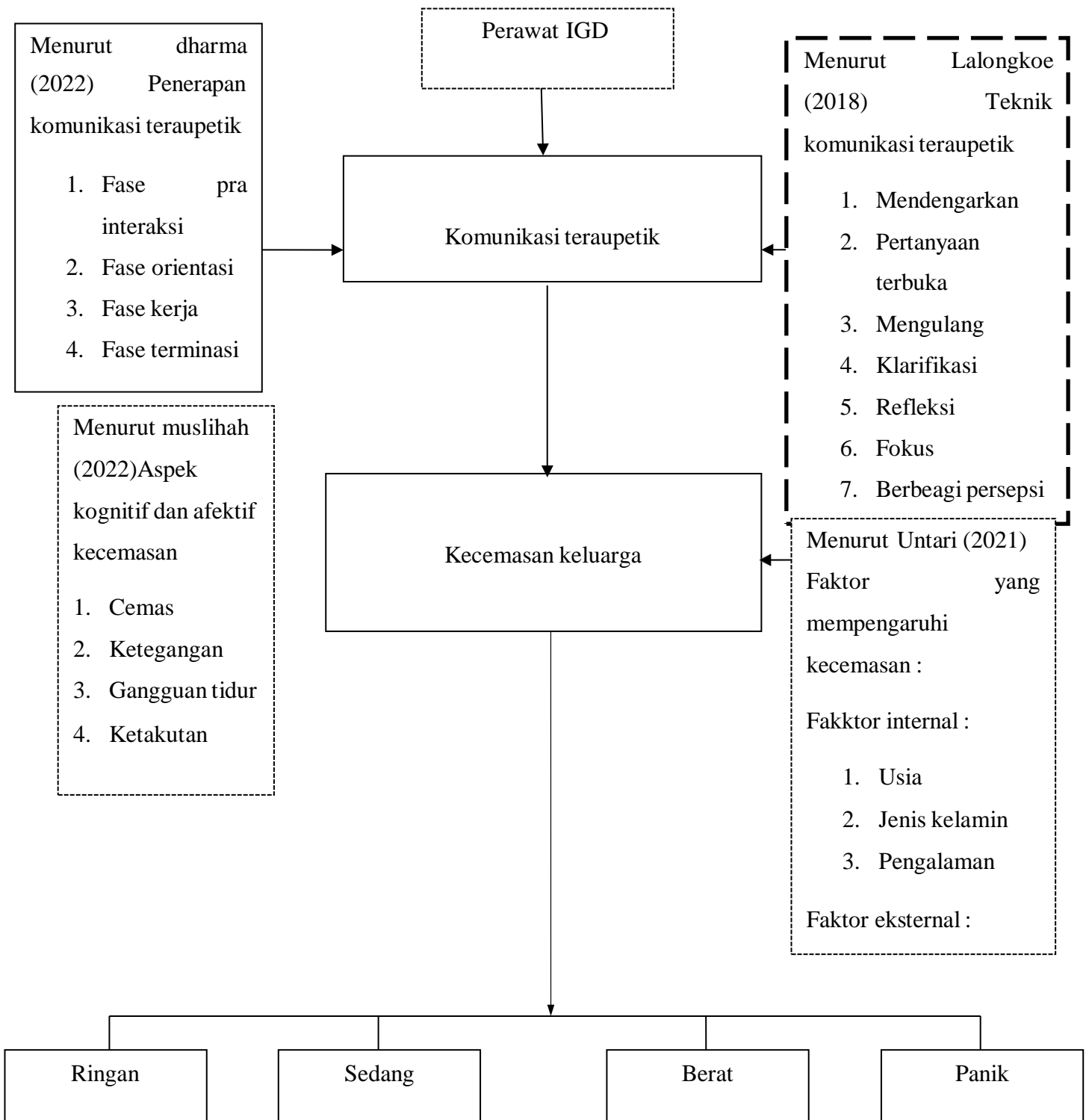
c. Triase Evakuasi

Triase ini ditunjukkan pada korban yang dapat dipindahkan padarumah sakit yang telah siap menerima korban. seperti Bencana massal contohnya Saat Tsunami, Gempa bumi, atau bencana besar lain.


KERANGKA KONSEP


E. Kerangka Teori

Skema 2. 1 Kerangka Teori



Keterangan :

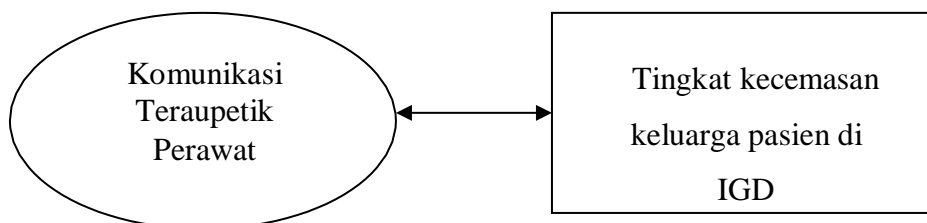
 : Variabel yang akan diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti

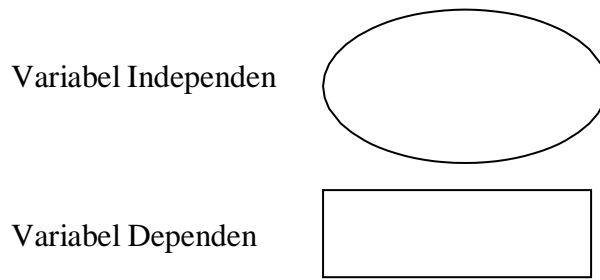
F. Kerangka konseptual

Kerangka konsep adalah keterkaitan antara teori-teori atau konsep yang mendukung dalam penelitian yang digunakan sebagai pedoman dalam menyusun sistematis penelitian. Kerangka konseptual menjadi pedoman peneliti untuk menjelaskan secara sistematis teori yang digunakan dalam penelitian. Variabel adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi dalam satu orang dengan yang lainnya dan diteliti dalam satu penelitian. Dalam penelitian dikenal beberapa jenis variabel berdasarkan hubungan sebab akibat antara variabel-variabel tersebut antara lain, variabel bebas (independen), variabel yang terikat (dependen), variabel pemicu, variabel antara dan variabel luar (Dharma 2022). Berikut ini jenis dari variabel penelitian ini :

Skema 2. 2 Kerangka Konsep
Variabel Independen Variabel Dependen



Keterangan :



G. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal penelitian mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian tentang kemungkinan hasil penelitian. Didalam pernyataan hipotesis yang terkandung dalam variabel yang akan diteliti dan hubungan antar variabel-variabel tersebut. Pernyataan hipotesis mengerahkan penelitian agar menentukan desain penelitian, teknik pemelihan sampel, pengumpulan dan metode analisa data (Saesilo,2019).

Hipotesis Null (Ho)

Ho : Tidak ada hubungan komunikasi terapeutik perawat di IGD dengan tingkat kecemasan pasien

Hipotesis Alternatif

Ha : Ada hubungan komunikasi terapeutik perawat di IGD dengan kecemasan keluarga pasien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian (Oxyandi & Mustikasari, n.d. 2020). Penelitian ini termasuk dalam penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif analitik dan menggunakan pendekatan *Cross Sectional Study*. Desain *Cross Sectional* adalah desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan variabel dependen diidentifikasi pada satu satuan waktu.

B. Populasi

Populasi target adalah unit dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (digeneralisir). Idealnya penelitian dilakukan pada populasi, karena dapat melihat gambaran seluruh populasi sebagai unit dimana hasil penelitian akan diterapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua Keluarga Pasien yang menunggu di ruangan IGD Rumah Sakit Rawa Lumbu dalam 1 bulan yaitu 224 responden

C. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi dan dianggap mewakili seluruh populasi. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Untuk sampel

yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif atau mewakili. Pada dasarnya penelitian dilakukan pada sampel yang terpilih dari populasi terjangkau (Notoatmodjo, 2019). Sampel yang peneliti gunakan sebagai responden terdiri dari 57 responden. Pengambilan sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi ini yaitu kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dijadikan sampel dalam penelitian. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Keluarga inti dan keluarga pasien tidak inti yang anggota keluarganya di rawat di IGD.
- b. Bersedia menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan Kriteria eksklusi yaitu kriteria yang tidak boleh ada atau tidak boleh dimiliki oleh sampel yang akan digunakan penelitian.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- c. Keluarga yang tidak bersedia menjadi responden

Dalam penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk dapat mengurangi bias hasil penelitian, khususnya terhadap variabel - variabel kontrol yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang akan diteliti. Ada dua kriteria sampel yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi termasuk karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang mudah terjangkau dan akan diteliti, sedangkan kriteria eksklusi adalah mengeluarkan/menghilangkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi. (Nursalam, 2020).

Menentukan besar sampel dalam penelitian menggunakan rumus slovin.

Berikut sampel pada penelitian, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel yang dicari

N = ukuran populasi

e = margin error yang digunakan 5%

sehingga di dapatkan sampel :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{224}{1 + 224 (5\%)^2}$$

$$n = \frac{224}{1 + 224 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{224}{1 + 224 (0.0025)}$$

$$n = \frac{224}{56}$$

$$= 57$$

D. Teknik sampling

Teknik sampling merupakan suatu cara yang ditetapkan peneliti untuk menentukan atau memilih sejumlah sampel atau dari populasinya. Metode sampling digunakan agar hasil penelitian dilakukan pada sampel dapat mewakili populasinya. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah Total sampling, teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono 2007).

E. Ruang lingkup

1. Lokasi Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Ruang IGD Rumah Rawa Lumbu Rumah Sakit Rawa Lumbu layanan kesehatan yang terletak di daerah bojong, rawa lumbu, Bekasi. Rumah sakit Rawa Lumbu merupakan resmi dibawah naungan sugih mukti. Pada tanggal 10 mei 2004 dengan rangka efesiensi di RS rawa lumbu pada bulan agustus 2018 pembaruan RS rawa lumbu menjadi 119 tempat tidur. yang berada di bawah orotitas pemerintahan Kota Bekasi. RS Rawa Lumbu Bekasi beralamat di Jl. Raya Dasa Darma No.20-23, bojong, Kecamatan Rawa Lumbu, Kota Bekasi, Jawa Barat 17116,Indonesia. Rumah Sakit Rawa Lumbu Tipe C.

F. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi antara satu orang dengan yang lainnya dan diteliti dalam suatu penelitian. Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel:

- a. Variabel Bebas (Variabel Independen) Variabel independen adalah karakteristik dari subjek yang dengan keberadaannya menyebabkan perubahan pada variabel lainnya. Variabel independen dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik perawat
- b. Variabel Terikat (Variabel Dependen) Variabel dependen adalah variabel akibat atau variabel yang berubah akibat pengaruh atau perubahan yang terjadi pada variabel dependen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecemasan keluarga.

G. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

No Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Karakteristik	1. Identitas gender yang dimiliki keluarga pasien IGD	Kuesioner	1. Jenis kelamin
Jenis kelamin	2. Usia yang dialami keluarga pasien IGD yang dihitung dari tanggal lahir sampai penelitian dilakukan yang dinyatakan dalam tahun.		a. Laki-laki b. Perempuan
Umur	3. Proses belajar secara formal yang terakhir ditempuh oleh keluarga pasien.		(Badan Pusat Statistik, 2021)
Pendidikan	4. Segala sesuatu yang dikerjakan yang dijadikan pokok pencaharian dalam kehidupan		Usia a. 17-35 b. 35-55 c. 60 tahun (Kementrian Kesehatan RI, 2019)
Pekerjaan			Pendidikan SD b. SMP c. SMA d. Sarjana e. (Badan Pusat Statistik, 2021)
	Komunikasi Teraupetik gagasan, ide, dan pesan yang disampaikan oleh seseorang kepada orang lain menggunakan lambing-lambang tertentu yang mengandung arti untuk pesan atau informasi tersebut baik secara tulisan maupun lisan.	kuesioner	Sumber: Ordinal
	Fase-fase komunikasi		(Wiji Puspita Sari 2022) Hasil dikategorikan : Kurang Baik jika responden menyatakan Ya pada 0-8 pernyataan kuesioner. Cukup baik jika responden menyatakan Ya pada 9-16 pernyataan kuesioner. Baik jika responden menyatakan Ya pada minimal 17-24

	terapeutik diantaranya	pernyataan kuesioner.Ordinal Menggunakan skala Guttman
	1. Fase pra interaksi 2. Fase orientasi 3. Fase kerja 4. Fase terminasi	
Tingkat Kecemasan	Keluarga sering menunjukkan sikap yang berlebihan akibat kecemasan yang mereka alami. Cemas disebabkan krisis situasi, tidak terpenuhinya kebutuhan, perasaan tidak berdaya dan kurang kontrol terhadap situasi yang sering dialami keluarga bila menegatahui salah satu keluarganya di rawat di instlasi gawat darurat.	Kuesioner Rentang penilain 20-80, dengan Pengelompokkan antara lain: 1. Skor 22-40 = Kecemasan ringan 2. Skor 45-59 = Kecemasan sedang 3. Skor 60-47 = Kecemasan berat zung-Self Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)

H. Jenis Data

Data merupakan fakta atau informasi yang didapatkan dari hasil pengukuran sesuatu, bisa dalam bentuk angka, kata- kata, yang digunakan sebagai bahan analisis suatu penelitian(Salmaa, 2021).

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh oleh peneliti langsung dari responden. Data primer pada data komunikasi terapeutik pada keluarga

pasien dan datatingkat kecemasan pada keluarga pasien diperoleh secara langsung dari responden melalui kuisioner (Dharma , 2022)

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak-pihak yang terkait dalam penelitian atau data yang diperoleh dari berbagai sumber yang sudah ada (Molintao, 2019). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari jurnal ilmiah, buku, *e-book* maupun data statistik yang dapat menunjang rumusan masalah yang akan diteliti pada penelitian ini. Jurnal ilmiah, *e-book* dan data statistik pada penelitian ini diperoleh melalui *e- Journal*, *Google Scholar*, *Pubmed*, *Scince dairect* dan berbagai penyedia informasi ilmiah lainnya.

I. Teknik Pengumpulan Data

Dalam (Suwanto et al., 2021) metode pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Metode pengumpulan data sangat ditentukan oleh jenis penelitian. Penelitian kuantitatif secara umum menggunakan 3 pilihan metode pengumpulan data yaitu metode kuisioner, wawancara terstruktur dan observasi. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan metode kuisioner yang akan diberikan kepada responden.

Langkah-langkah pengumpulan data:

- a. Penelitian diawali dengan proses perizinan dalam melakukan penelitian, peneliti akan mengajukan surat rujukan penelitian dari pihak STIKes Medistra Indonesia, setelah lulus uji proposal.
- b. Menyerahkan atau mengajukan surat rujukan penelitian kepada STIKes Medistra

Indonesia.

- c. Peneliti mendapatkan izin dari pihak STIKes Medistra Indonesia untuk melakukan penelitian ditempat Rumah Sakittersebut.
- d. Peneliti menyebarkan atau mengirim kuisoner kepadapasien yang ada diruangan IGD yang berisikan pertanyaan- pertanyaan kepada responden untuk dijawab.
- e. Peneliti memberikan arahan atau petunjuk pengisian kuisoner dan sebelummengisi kuisoner, responden diberikan
- f. informed consent untuk diisi oleh responden sebagai persetujuan Rumah Sakit atas kesediaan menjadi responden.
- g. Setelah data terkumpul, peneliti memilih data random sampling sesuai kebutuhan yang sudah ditentukan peneliti.
- h. Kemudian data diolah dan dianalisi oleh peneliti.

J. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena (Sari et al., n.d.2022). Data yang diperoleh dari suatu pengukuran kemudian dianalisis dan dijadikan sebagai bukti (evidence) dari suatu penelitian. Sehingga instrument atau alat ukur merupakan bagian yang penting dari suatu penelitian. Instrument penelitian pada penelitian ini yaitu kuesioner. Kuesioner ini berguna untuk menggali informasi tentang variabel komunikasi terapeutik perawat dan kecemasan keluarga pasien di ruang IGD. Kusioner merupakan bentuk lembaran yang terdiri atas sejumlah pertanyaan tertulis, tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi dari responden tentang apa yang dialami dan diketahuinya. Pembagian kuesioner ini untuk mendapatkan data tentang Hubungan

Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu.

Pada bagian pertama terdapat kuesioner tentang komunikasi terapeutik terdiri dari 24 pertanyaan. Setiap pernyataan diberi skor pernyataannya dikategorikan menjadi 2 skor yaitu skor 1 (YA), skor 0 (TIDAK). Pada bagian ketiga terdapat kuesioner kecemasan keluarga dimana terdapat 20 pernyataan. Pada setiap pernyataan dikategorikan menjadi 4 skor yaitu skor 4 selalu (SL), skor 3 sering (S), skor 2 kadang-kadang (KK) dan skor 1 tidak pernah (TP)

1. Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat IGD

Variabel komunikasi terapeutik perawat terdiri dari 24 pernyataan dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan skala likert diklasifikasikan menjadi 2 Skor yaitu skor 1 (YA) dan skor 0 (TIDAK), (Wiji puspita,2022).

2. Kuesioner Tingkat Kecemasan Keluarga di IGD

Variabel kecemasan keluarga pasien terdiri dari 20 Pernyataan dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan Zung Self-Rating Scale (SAS/SRAS) yang diklasifikasikan menjadi 4 skor yaitu skor 4 selalu (SL), skor 3 sering (S), skor 2 kadang-kadang (KK) dan skor 1 tidak pernah (TP).

K. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Validitas adalah sejauh mana suatu instrument melakukan fungsinya atau mengukur apa yang seharusnya diukur atau sejauh mana ketepatan suatu instrument dalam melakukan fungsinya. Sedangkan dalam reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen

digunakan kembali secara berulang. Reliabilitas juga dapat menunjukkan sejauh mana instrument dapat dipercaya (Masturoh, 2018). Pembagian kuesioner dalam penelitian dalam penelitian ini untuk mendapatkan data mengenai Komunikasi Terapeutik perawat di IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Rumah Sakit RawaLumbu.

1. Uji Validitas

Untuk mengetahui kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur yang akan diukur maka akan dilakukan uji validasi. Instrument dikatakan valid jika nilai r hitung lebih besar dari r table dengan taraf signifikansi 5% (0,05) (sugiyono, 2020). Teknik ini digunakan dalam penelitian ini yaitu kolerasi product moment.

Rumus koleransi product moment:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{N \sum X^2 - (\sum X)^2} \sqrt{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

R = Indeks korelasi yang dicari X = Skor tiap item pertanyaan

Y = Skor total

N = Jumlah responden

2. Uji Realibilitas

Reliabilitas menunjukkan tingkat konsistensi dan stabilitas dari data berupa skor hasil persepsi suatu variabel, dengan demikian reabilitas meliputi stabilisasi ukuran dan konsistensi internal ukuran (Wahyuningsih Emilia, 2021). Stabilisasi ukuran menunjukkan kemampuan sebuah ukuran untuk teteap stabil atau tidak retan terhadap perubahan situasi apapun, kestabilan ukuran dapat membuktikan kebaikan sebuah ukuran dalam

mengukur sebuah konsep (Anzani et al., 2020). Pengujian reliabilitas pada penelitian ini menggunakan rumus Alpha Cronbach. Instrumen dinyatakan reliabel jika $r\ \text{alpha} > r\ \text{tabel}$ (Arikunto, 2020).

L. Pengolahan Data

Setelah pengumpulan data, dilakukan pengolahan data. Pada tahap ini data yang sudah dikumpulkan diolah atau dianalisis sehingga menjadi sebuah informasi. Tahapan pengolahan data atau analisis data sebagai berikut (Oxyandi & Mustikasari, n.d.2022).

1. Editing (penyuntingan data)

Editing merupakan penyuntingan kelengkapan data yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner. Jika pada tahap ini ditemukan ketidaklengkapan dalam pengisian jawaban, maka harus melakukan pengumpulan data ulang. Dalam penelitian ini sebelum melakukan editing peneliti membuat setiap jawaban wajib diisi dalam Google Form sebagai media dalam kuesioner.

2. Coding

Coding adalah merubah data dalam bentuk huruf menjadi bentuk angka/bilangan yang terdiri dari tabel dibuat sesuai dengan alat ukur yang digunakan.

Tabel 3. 3 Coding Data Demografi

Kode	Jenis Kelamin Keluarga
1	Laki-laki
2	Perempuan

Kode	Pendidikan
-------------	-------------------

0	Tidak Sekolah
1	Lulus SD
2	Lulus SMP
3	Lulus SMA
4	Lulus PT

Tabel 3. 4 Coding Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat di IGD

Komunikasi Terapeutik	Kode
Ya	1
Tidak	0

Tabel 3. 5 Coding Kuesioner Kecemasan Keluarga Terapeutik Perawat di IGD

Kecemasan Keluarga Pasien	Kode
Selalu	4
Sering	3
Kadang-Kadang	2
Tidak Pernah	1

3. Scoring (Pemberian Nilai)

Scoring adalah kegiatan yang dilakukan dengan memberi skor berdasarkan jawaban responden berdasarkan masing-masing pernyataan. Scoring dalam penelitian ini menggunakan skala Guttman dikarenakan peneliti berharap jawaban tegas dan pasti terhadap pernyataan dalam instrumen komunikasi terapeutik perawat dan skala Zung-Self Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) dalam instrumen kecemasan keluarga

Variabel Komunikasi Terapeutik Jawaban Ya : 1

Jawaban Tidak : 0

- a. Menetapkan nilai tertinggi dan terendah

Skor tertinggi di dapatkan melalui hasil kali antara jumlah item pertanyaan dengan nilai opsi tertinggi, dalam hal ini nilai opsi tertinggi adalah 1 dan total item pernyataan yaitu 24. Sedangkan skor terendah di dapatkan melalui hasil kali antara jumlah item pernyataan dengan nilai opsi terkecil yaitu 0. Dapat di paparkan sebagai berikut:

Skor Tertinggi didapatkan dari $24 \times 1 = 24$

Skor Terendah didapatkan dari $24 \times 0 = 0$

b. Menentukan nilai interval

Sebelum menentukan interval maka kita perlu menentukan kategori kesimpulan yang di inginkan. Dalam hal ini peneliti akan membuat tiga kategori kesimpulan pada intsrumen komunikasi terapeutik. Setelah itu dapat ditemukan nilai interval menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Interval} = \frac{\text{Skor tertinggi}}{\text{Jumlah Kategori}}$$

$$\text{Interval} = \frac{24}{3} = 8$$

c. Menentukan ketegori nilai

Kategori yang akan digunakan oleh peneliti berjumlah 3 kategori, Kategori terendah di tentukan dari 0 sampai batas nilai interval, dan pada kategori selanjutnya ditentukan dari penambahan satu poin dari angka terakhir kategori sebelumnya, dan rentang nya ditambahkan dengan nilai interval. Secara manual dipaparkan sebagai berikut:

Kategori kurang bila responden menjawab YA pada 0-8 item pertanyaan.

Kategori cukup bila responden menjawab Ya pada 9-16 item

pertanyaan

Kategori baik bila responden menjawab Ya pada 17-24 item pertanyaan

Variabel Kecemasan Keluarga

Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain

:Skor 20-44 : kecemasan ringan

Skor 45-59 : kecemasan sedang

Skor 60-74 : kecemasan berat

4. Processing (Pemrosesan Data)

Proses setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar sertatelah dikode jawaban responden pada kuesioner ke dalam aplikasi pengolahan data di computer. Pemrosesan data dilakukan dengan menggunakan IBM SPSS (Stratificial Program for Sosial Sciences) versi 26.0.

5. Cleaning (Pembersihan Data)

Pengecekan ulang data yang sudah di-entry dan dianalisis apakah sudah betul atau ada kesalahan pada saat memasukan data.

M. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan penelitian dengan satuvariabel yang dilakukan terhadap penelitian deskriptif dengan menggunakan statistik deskriptif. Hasil perhitungan statistik tersebut nantinya merupakan dasar dari perhitungan selanjutnya (Suwito & Priyantari, 2022). Analisis univariat dalam penelitian adalah Karakteristik responden usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan. Mengetahui distribusi frekuensi kemampuan

komunikasi terapeutik perawat, Mengetahui distribusi frekuensi tingkat kecemasan keluarga.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara dua variabel. Kedua variabel tersebut merupakan variabel pokok, yaitu variabel pengaruh (bebas) dan variabel terpengaruh (terikat) (Asti et al., 2020). Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk melihat Hubungan Komunikasi Terapeutik perawat di IGD dengan kecemasan keluarga pasien di Rs Rawa Lumbu. Teknik analisa data bivariat diperoleh menggunakan Uji Chi-Square. Proses analisa data dilakukan menggunakan aplikasi Software Statistik berbasis komputer.

N. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, penelitian keperawatan yang menggunakan manusia sebagai subjek penelitian semestinya mendapatkan persetujuan etik (ethical clearance) dari komite etik penelitian. Ada yang memanfaatkan subjek hanya untuk mendapatkan data penelitian namun menimbulkan efek samping merugikan bagi subjek secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan hal ini, maka penelitian harus dilaksanakan dengan memperhatikan kaidah-kaidah etik. Setelah mendapatkan persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. Lembar Persetujuan (Informed consent)

Lembar persetujuan diberikan pada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan. Jika subjek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subjek

menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek (respect for privacy and confidentiality)

Dalam penelitian informasi tentang subjek peneliti dapat terbuka luas. Peneliti merahasiakan informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara mendiadakan seperti nama dan alamat subjek kemudian diganti dengan inisial atau kode tertentu.

3. Menghormati Keadilan dan Inklusivitas (respect for justice inclusiveness)

Pada saat penelitian, peneliti menghormati keadilan dan inklusivitas. Seperti keterbukaan dalam penelitian, penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat hati-hati dan dilakukan secara profesional.

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang ditimbulkan (balancing harm and benefits)

peneliti sudah mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (beneficience).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menyajikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data tentang “Hubungan komunikasi terapeutik perawat IGD dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Rs Rawa Lumbu” Penelitian ini dilakukan pada 31 Januari 2023 sampai dengan 4 februari 2024 dengan 57 keluarga pasien. Hasil penelitian meliputi data umum terdiri dari keluarga pasien yang menunggu di ruang IGD sedangkan data khusus akan menampilkan data tentang hasil kecemasan keluarga pasien . Data disajikan dalam distribusi frekuensi serta analisis menggunakan *uji chi square*.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Rawa Lumbu layanan kesehatan yang terletak di daerah bojong, rawa lumbu, Bekasi. Rumah sakit Rawa Lumbu merupakan resmi dibawah naungan sugih mukti. Pada tanggal 10 mei 2004 dengan rangka efesiensi di RS rawa lumbu pada bulan agustus 2018 pembaruan RS rawa lumbu menjadi 119 tempat tidur. yang berada di bawah orotitas pemerintahan Kota Bekasi. RS Rawa Lumbu Bekasi beralamat di Jl. Raya Dasa Darma No.20-23, bojong, Kecamatan Rawa Lumbu, Kota Bekasi, Jawa Barat 17116, Indonesia. Rumah Sakit Rawa Lumbu Tipe C.

a. Visi

Rumah sakit dambaan masyarakat yang handal dan mampu bersaing

b. Misi

- 1) Mengembangkan pembangunan gedung rumah sakit sesuai master

- plan secara bertahap, melengkapi peralatan medis dan nonmedis serta pengembangan fasilitas-fasilitas umum di rumah sakit agar mampu memberikan rasa aman dan nyaman serta menyenangkan bagi para pelanggan
- 2) Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia pada semua lini pelayanan di rumah sakit dalam rangka pencapaian standar pelayanan minimal, memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan handal, santun dan meningkatkan daya saing.
 - 3) Mengembangkan pelayanan-pelayanan unggulan yang mampu menjawab tantangan dan peluang industri di Kabupaten bojong RawaLumbu.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Jenis Kelamin

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-Laki	34	59,6%
Perempuan	23	40,4%
Total	57	100,0

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan analisa tabel 4.1 pada distribusi frekuensi jenis kelamin dapat diketahui bahwa dari 57 responden, menunjukkan bahwa sebanyak 34 responden (59,6%) terbanyak adalah “Laki laki”

b. Usia

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Usia

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
17-25 tahun	23	40,4%
35-55 tahun	27	47,4%
60> tahun	7	12,3%
Total	57	100,0

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan analisa tabel 4.2 pada distribusi usia dapat diketahui bahwa dari 57 responden, menunjukkan bahwa sebanyak 27 responden (47,4%) terbanyak adalah “35-55 tahun”.

c. Pendidikan Terakhir

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Lulus SD	5	8,8%
Lulus SMP	16	28,1%
Lulus SMA	21	36,8%
Lulus Peguruan Tinggi	15	26,3%
Total	57	100,0

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan analisa tabel 4.3 pada distribusi frekuensi pendidikan terakhir dapat diketahui bahwa dari 57 responden, menunjukkan bahwa sebanyak 21 responden (36,8%) terbanyak adalah “Lulus SMA” .

d. Komunikasi terapeutik

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat IGD

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang Baik	15	26,3%
Cukup Baik	19	33,3%
Baik	23	40,4%
Total	57	100,0

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan analisa tabel 4.4 pada distribusi frekuensi komunikasi terapeutik

perawat IGD dapat diketahui bahwa dari 57 responden, menunjukkan bahwa sebanyak 23 responden (40,4%) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik perawat IGD kategori “Baik”.

e. Kecemasan Keluarga

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Kecemasan Keluarga

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kecemasan Ringan	22	38,6%
Kecemasan Sedang	20	35,1%
Kecemasan Berat	15	26,3%
Total	57	100,0

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan analisa tabel 4.0 pada distribusi frekuensi tingkat kecemasan keluarga dapat diketahui bahwa dari 57 responden, menunjukkan bahwa sebanyak 22 responden (38,6%) mengalami kecemasan kategori “Ringan”.

2. Analisis Bivariat

Tabel 4. 6 Hubungan Komunikasi terapeutik perawat IGD dengan tingkat kecemasan keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu.

Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan						Total	P Value	
	Ringan		Sedang		Berat				
	N	%	N	%	N	%	N		%
Kurang Baik	0	00,0	4	26,7	11	73,3	15	100,0	0,000
Cukup Baik	5	26,3	14	73,7	0	0,00	19	100,0	
Baik	17	73,9	2	8,7	4	17,4	23	100,0	
Total	22	38,6	20	35,1	14	26,3	57	100,0	

(Sumber: Hasil Olah Data Statistik Nadia Menayang, Januari 2024)

Berdasarkan hasil analisa tabung (Cross Tabulation) pada tabel 4.1 dapat diketahui ada 57 responden (100%). Responden yang menyatakan komunikasi terapeutik perawat kategori kurang baik sebanyak 0 responden

(00,0%), dengan 0 responden (00,0%) mengalami kecemasan ringan, 4 responden (26,7%) mengalami kecemasan sedang dan 11 responden (73,3%) mengalami kecemasan berat.

Responden yang menyatakan komunikasi terapeutik perawat kategori cukup baik sebanyak 5 responden (26,3%). Dengan 5 responden (26,3%) mengalami kecemasan ringan, 14 responden (73,7%) mengalami kecemasan sedang dan 0 responden (00,0%) mengalami kecemasan berat.

Responden yang menyatakan komunikasi terapeutik perawat kategori baik sebanyak 17 responden (73,9%). Dengan 17 responden (73,9%) mengalami kecemasan ringan, 2 responden (8,7%) mengalami kecemasan sedang dan 4 responden (17,4%) mengalami kecemasan berat.

C. Pembahasan Hasil

1. Analisis Univariat

a. Jenis Kelamin

Hasil tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian responden terbanyak adalah laki laki 34 responden (59,6%) hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka karena Responden laki laki menjadi mayoritas penunggu pasien karena perempuan adalah anggota keluarga yang dirumah dan tidak bekerja sehingga mempunyai waktu untuk menunggu pasien. Berbeda dengan perempuan yang biasanya mengurus rumah untuk keluarganya dan mempunyai waktu sedikit untuk menjaga pasien.

b. Usia

Hasil tabel 4.2 menunjukkan bahwa usia terbanyak 35-55 tahun dengan 27 responden (47,4%). hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang

mengatakan usia 35-55 tahun dianggap usia yang masih kuat secara fisik dan belum mengalami penurunan fisik. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, kemampuannya dalam bertindak meningkat, dan dalam mengambil keputusan lebih matang. Sehingga memungkinkan seseorang berpikir lebih realistis, rasional dan obyektif. Hal ini sejalan dengan penelitian (Heriani & Maharani Gandi, 2023) pada kelompok umur 35-55 tahun dianggap usia produktif, lebih banyak menuntut dan berharap terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar.

c. Pendidikan

Hasil tabel 4.3 menunjukkan bahwa pendidikan yang paling banyak yaitu tamatan SMA 21 responden (73,7%). Hal ini sesuai dengan tinjauan pustakayang mengatakan bahwa keluarga yang menajaga pasien di IGD mayoritas berpendidikan SMA. Hasil analisa peneliti bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kepuasan, tuntutan dan harapan keluarga pasien. Keahlian responden dalam komunikasi dengan perawat juga dapat dilatar belakangi tingkat pendidikan responden.

d. Komunikasi Terapeutik

Hasil tabel 4.4 menunjukkan bahwa 23 responden (40,4%) komunikasi terapeutik perawat IGD dikategorikan baik, hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang mengatakan bahwa komunikasi terapeutik perawat IGD di kategorikan sudah baik. Artinya perawat IGD mampu berdiskusi dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi oleh pasien untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan.

e. Tingkat Kecemasan

Hasil tabel 4.5 menunjukkan hasil, bahwa sebagian keluarga pasien mengalami kecemasan dengan kategori ringan sebanyak 22 responden (38,6%). Hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang mengatakan bahwa mayoritas kecemasan ringan yang dialami oleh keluarga pasien di ruang IGD disebabkan oleh koping keluarga yang sudah cukup baik, antara komunikasi perawat IGD dengan keluarga pasien mengenai pemberian informasi tentang perkembangan kondisi pasien.

2. Analisis Bivariat

Hasil tabel 4.6 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil, nilai P-value sebesar 0,000, maka disimpulkan nilai P-Value (0,000) < nilai($\alpha = 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak. Yang artinya ada hubungan komunikasi terapeutik perawat IGD dengan tingkat kecemasan keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu. Dari 57 responden sebanyak 17 responden (73,9%) mengatakan komunikasi terapeutik perawat IGD baik. Dan sebagian keluarga pasien mengalami kecemasan ringan sebanyak 17 responden (73,9%). Berdasarkan analisa peneliti, hasil penelitian ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang mengatakan bahwa ada hubungan tentang komunikasi perawat di IGD dengan kecemasan keluarga. Untuk membantu meringankan kecemasan yang dialami pada keluarga pasien, salah satunya dapat melalui pemberian informasi yang jelas (Retnaningsih & Etikasari, 2020). Pemberian informasi dan penjelasan ini dapat dilakukan dengan baik apabila didukung

oleh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat yaitu dengan menyampaikan informasi tentang keadaan pasien sesuai dengan wewenangnya. Yang artinya semakin baik perawat memberikan komunikasi terapeutik maka kecemasan yang dialami keluarga pasien semakin rendah.

Pada penelitian ini, responden yang menilai komunikasi terapeutik perawat baik dikarenakan responden merasakan bahwa apabila responden ingin bertanya pada perawat. Perawat dengan senantiasa membantu menjawab pertanyaan responden. Dan responden senang jika perawat menawarkan untuk membantu menyelesaikan kekhawatiran responden tentang kondisi pasien yang dirawat. Responden yang menilai komunikasi terapeutik cukup baik, karena masih ada beberapa tindakan komunikasi perawat yang tidak sesuai dengan harapan keluarga pasien. Seperti jika berbicara, perawat tidak pernah melihat ke arah responden, berbicara dengan bahasa yang sulit dimengerti responden.

Terdapat komunikasi terapeutik perawat cukup baik dengan kecemasan ringan sebanyak 5 responden (26,3%), Hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang mengatakan komunikasi terapeutik perawat yang dikategorikan cukup baik, maka tingkat kecemasan keluarga pasien yaitu mayoritas kecemasan ringan. Terdapat komunikasi terapeutik perawat baik tetapi masih ada keluarga yang mengalami kecemasan berat 4 responden (17,4%). Hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang mengatakan karena beberapa faktor lingkungan rumah sakit khususnya ruangan IGD (Enikasari 2022).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Ruang IGD Rumah Sakit Permata Jakarta dengan 50 keluarga pasien. Didapatkan komunikasi terapeutik perawat IGD cukup baik sebanyak 20 responden (67%) dengan kecemasan ringan sebanyak 23 responden (77%). Dapat disimpulkan bahwa, terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di instalasi gawat darurat rumah sakit Permata Jakarta (Syafira, 2022).

Peneliti menganalisa bila responden yang mendapatkan komunikasi terapeutik baik maka berdampak pada tingkat kecemasan ringan. Begitu juga dengan responden yang mendapatkan komunikasi terapeutik cukup baik berdampak pada tingkat kecemasan sedang. Masih terdapat penilaian responden bagi perawat dengan komunikasi terapeutik yang kurang baik, akan berdampak pada kecemasan berat bagi keluarga pasien. Berdasarkan hasil penelitian diatas dan teori yang ada, menunjukkan semakin baik komunikasi terapeutik perawat IGD maka tingkat kecemasan keluarga pasien semakin ringan. Dapat dikatakan antara variabel komunikasi terapeutik perawat IGD dan variabel tingkat kecemasan keluarga memiliki hubungan yang berkebalikan.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan bukan tanpa memiliki kekurangan didalamnya, kelemahan atau keterbatasan yang terdapat didalam penelitian ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan bagi penelitian selanjutnya. Keterbatasan dan hambatan dalam penelitian ini diantaranya :

1. Responden yang kurang memahami pertanyaan yang diajukan oleh

peneliti, sehingga peneliti harus memberikan penjelasan lebih rinci.

2. Keterbatasan dalam waktu untuk pengumpulan data. Bahwa keluarga Pasien membutuhkan istirahat agar tidak terganggu maka peneliti harus memiliki waktu yang tepat saat hendak mewawancarai keluarga pasien. Untuk meminimalisir keterbatasan ini peneliti perlu bekerjasama dengan perawat yang berjaga untuk mengetahui kapan waktu yang tepat untuk masuk ke ruangan pasien tersebut.
3. Keluarga pasien banyak yang menolak ketika peneliti hendak mewawancarai keluarga pasien.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini akan saya sajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Januari 2024 tentang penelitian “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu” sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu sebagai berikut:

1. Karakteristik responden jenis kelamin paling banyak adalah Laki laki dengan 34 responden (59,6%) dari 57 responden. Karakteristik responden rentang usia paling banyak 35-55 tahun dengan 27 responden (47,4%) dari 57 responden. Karakteristik responden pendidikan paling banyak lulusan SMA dengan 21 responden (73,7%) dari 57 responden.
2. Distribusi frekuensi komunikasi terapeutik kurang baik sebanyak 15 responden (26,3%). Komunikasi terapeutik cukup baik sebanyak 19 responden (33,3%) . Komunikasi terapeutik baik sebanyak 23 responden (40,4%).
3. Distribusi frekuensi tingkat kecemasan keluarga paling banyak kategori kecemasan ringan dengan 22 responden (38,6%) kecemasan sedang 20 responden (35,1%) dan kecemasan berat 15 responden (26,3%) dari 57 responden.

4. Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji Chi-Squared diperoleh P-Value sebesar (0,000). Dapat disimpulkan *P-Value* (0,000) < nilai ($\alpha = 0,05$). Sehingga dinyatakan bahwa H_0 ditolak yang artinya ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga di Rumah Sakit Rawa Lumbu.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, ada beberapa hal dapat peneliti sarankan sebagai masukan bagi pihak-pihak terkait yaitu sebagai berikut:

- a. Institusi

Bagi Institusi Pendidikan di harapkan hasil penelitian ini menjadi referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD.

- b. Bagi perawat

Perawat IGD diharapkan selalu menggunakan komunikasi terapeutik sebagai modal utama dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meminimalkan kecemasan keluarga pasien di ruang IGD sehingga keluarga merasa puas dengan pelayanan yang di terima selama di IGD.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiani, N., & Qodir, A. (2020). Pasien Gawat Darurat yang Mendapatkan Komunikasi Buruk Beresiko 12 Kali Mengalami Kecemasan. *Conference on Innovation and Application of Science and Technology*, 963–972.
- Amiman, S. P., Mario, K., & Reginus, M. (2019). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 7(2), 1–6.
- Anadiyanah. (2021). Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang UGD RSUD Dr. H Ibnu Sutowo Baturaja. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.
- Anggi, N. I. A., & Solikah, S. N. (2021). Studi Kasus Gambaran Tingkat Kecemasan Pemasangan Infus pada Anak di Instalasi Gawat Darurat RSUD Karanganyar. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 9(2), 24–34.
- Anzani, N., Hadisiwi, P., & Prasanti, D. (2020). Hambatan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Keluarga Pasien di Ruang ICU RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal Communicology*, 8(2), 153–161. <http://journal.unj.ac.id/>
- Asti, A. D., Jaisyan, N., Sumarsih, T., & Nugroho, I. A. (2020). Hubungan Triase Pasien dengan Kondisi Psikologis Keluarga di Unit Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(1), 110. <https://doi.org/10.26753/jikk.v16i1.467>
- Kartikasari, R., Idarahyun, E., & Fatharani, W. S. (2019). Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Ruang Tenang Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat Dan Klinik Utama Kesehatan Jiwa Hurip Waluya Sukajadi Bandung Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Aeromedika – Poltekkes TNI AU Ciumbuleuit Bandung*, 5(2), 1–12.
- Kristiani, R. B., & Dini, A. N. (2017). Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit (Icu) Rs Adi Husada Kapasari Surabaya. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 71–75.
- Makahanap Peginusa, G., Kairupan, R., & Bidjuni, H. (2023). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa di UPTD Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbusang.

- In *MNSJ* (Vol. 1, Issue 1).
- Mellida, W., Mayasari, P., & Yullyzar. (2022). Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja di RSP USK. *JIM FKep*, *VI*(1), 64–70.
- Molintao, W. P. (2019). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif di Instalasi Gawat Darurat Trauma RSUP Prof. Dr. R.D.
- Kandou Manado. *Journal Of Community and Emergency*, *7*(1), 55–65.
- Muhith, A. (2018). *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health* (R. I. Utami, Ed.). Penerbit ANDI.
- Mukin, F. A., & Wida, A. S. W. D. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien dalam Mendapatkan Pertolongan Pertama di Unit Gawat Darurat di Rsud Dr. Tc. Hillers. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, *VII*(1).
- Noerva Diesma, S., Syarif, H., & Jufrizal. (2023). Gangguan Psikologis Keluarga berdasarkan Triase di Instalasi Gawat Darurat RS “X” Aceh Barat Daya. *JIM FKep*, *VII*(2), 106–111.
- Oxyandi, M., & Mustikasari, H. (n.d.). Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat. *Program Studi DIII Keperawatan*.
- Ramli, R. (2021). Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Klien dalam Mendapatkan Pelayanan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. *JIP Jurnal Inovasi Penelitian*, *1*(11), 2567–2574.
- Sari, R. K., Pramana, Y., & Fauzan, S. (n.d.). Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Stres Pasien di Ruang Rawat Inap: Literatur Review. *Program Studi Keperawatan*, 1–9.
- Sudarta, I. W., Sagala, A. J., Kristiana, D. D., Hartanti, D., Lero, E. E., W, E. R. P. P., & Permatasari, I. S. (2020). Gambaran Kecemasan Keluarga Penunggu Pasien di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta Bulan Juni Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan*, *8*(2), 72–81.

- Suwarto, T., Yulisetyaningrum, & Hidayat, N. (2021). Hubungan Pelaksanaan Dengan Kepuasan Pasien Tentang Komunikasi Terapeutik Di Igd Rs Aisyiyah Kudus. *UniversityResearch Colloqium*, 761–769.
- Suwito, F., & Priyantari, W. (2022). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Pelaksanaan Orientasi Pasien Baru dengan Kepuasan Pasien di RS TK.II Kartika HusadaPontianak. *Healthy Indonesian Journal*, 1(1), 21–28. <https://jurnal.samodrailmu.org/index.php/jurinse>
- Triwijayanti, R., & Rahmania, A. (2023). Health Education Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Pada Kategori Triase P2 dan P3. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1612–1620.
- Wahyuningsih Emilia. (2021). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Suspek Covid-19 Di Rs Cibitung Medika Tahun 2021*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia.
- Wulandari, N. (2021). Gambaran Kecemasan Keluarga pada Penanganan Kegawatdaruratan diUGD Pukesmas Pangkur. *Nursing Study Program Of Undergraduate Programs Faculty Of Health Sciences*.
- Wulandari, O. L., Agustin, W. R., Kartina, I., & Sari, A. (2021). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Halusinasi di IGDRSJD Dr.Arif Zainudin Surakarta. *Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan*.
- Za'im, P. P. F. (2023). *Hubungan Kecemasan Komunikasi Antarbudaya Dengan KomunikasiTerapeutik Perawat Rawat Inap Rsud Dr. Haryoto Lumajang*. Universitas Jember.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir Pengajuan Judul

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA		
	PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cut Mutia Raya No. 88A, Kel. Sepanjang Jaya – Bekasi Telp. (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id		
FORMULIR PENGAJUAN JUDUL SKRIPSI SKRIPSI PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) STIKES MEDISTRA INDONESIA T.A 2022/2023			
Nomor Dokumen	: FM.060/A.003/PERAWAT.S1/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 15 Maret 2023
Revisi	: 0	Tgl. efektif	: 18 Maret 2023

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Nadia Menayang

NPM : 201.560.111.072

Judul yang Diusulkan :

Hubungan komunikasi terapeutik perawat di UGD dengan kecemasan keluarga pasien

Bekasi, 15 Maret 2023

Mahasiswa

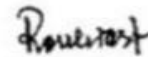
Nadia Menayang
201560111072

Mengetahui,
Kordinator Skripsi



Rotua Surianny S. M.Kes
NIDN. 0301109302

Mengetahui,
Pembimbing Skripsi



Roulita, S.kep. Ns M.kep
NIDN. 0316028302

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
STIKes Medistra Indonesia

(Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep)

FORMULIR MUTU – UNIT PENJAMINAN MUTU- STIKES MEDISTRA INDONESIA.T.A 2022 - 2023

Lampiran 2. Lembar Bimbingan Skripsi

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

No	Hari/Tanggal Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Bukti Kegiatan Bimbingan
1	13 Maret 2023	Mengajukan judul		Lupa mengambil foto
2	16 Maret 2023	ACC judul & Pengajuan BAB 1		Lupa mengambil foto
3	04 April 2023	Pengajuan BAB 2		Lupa mengambil foto
4	25 Mei 2023	Revisi kesenjangan, data komunikasi terapeutik dan kecemasan, kerangka teori		Lupa mengambil foto
5	20 Juli 2023	Pengajuan BAB 3, tambahkankonsep di bab 2, kuesioner		Lupa mengambil foto
6	24 Juli 2023	Revisi Kuesioner dan kerangkateori		

7.	25 Juli 2023	Revisi BAB 3, tambahan definisi operasional, tambahan keterangan Kuesioner		Lupa MengambilFoto
8.	31 Juli 2023	Revisi kuesioner dan definisi Operasional		Lupa mengambil foto
9.	15 Januari 2024	Revisi bab IV		
10.	20 Januari 2024	Revisi Bab IV		
11.	21 Januari 2024	Acc Skripsi		

Lampiran 3. Surat Studi Pendahuluan

SURAT STUDI PENDAHULUAN



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDISTRA INDONESIA**
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)
PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)
Jl. Cut Mutia Raya No. 88A - Kel. Sepanjang Jaya - Bekasi Telp. (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374
Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

Bekasi, 13 November 2023

Nomor : 675/STIKes MI/Kep/B1/XI/2023
Lampiran : -
Perihal : Surat Permohonan Studi Pendahuluan

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Rawalumbu
Di
Tempat

Sehubungan dengan adanya pelaksanaan Skripsi pada tingkat akhir yang merupakan syarat kelulusan Program Akademik (Sarjana) mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) STIKes Medistra Indonesia, maka dengan ini kami mengajukan permohonan studi pendahuluan di Rumah Sakit Rawalumbu untuk mahasiswa atas nama :

Nama Mahasiswa : Nadia Menayang
NPM : 201560111072
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat di IGD Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga pasien di Rumah Sakit Rawalumbu

kami mohon kepada Bapak/Ibu Pimpinan untuk dapat kiranya memberikan izin kepada mahasiswa kami melakukan Studi Pendahuluan

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN 0316028302

Tembusan :
1. Ketua STIKes Medistra Indonesia
2. WK I Bid. Akademik
3. Pertinggal

Lampiran 4. Surat Balasan Studi Pendahuluan

SURAT BALASAN STUDI PENDAHULUAN

RS. RAWA LUMBU

IGD 24 JAM, POLI UMUM, POLI GIGI & POLI SPESIALIS, RUANG RANAP, RUANG KHUSUS, LABORATORIUM, RADIOLOGI, FISIOTERAPI, DLL

**SURAT KETERANGAN
NO.02.152/S.KET-RSRL/II/2024**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Andini Sarikantiredjeki, MARS
NIK : 11 12 0590
Jabatan : Direktur
RS Rawa Lumbu
Alamat : Jl. Dasa Darma Kav. 20-23, Rawa Lumbu – Bekasi.

Dengan ini memberikan ijin ke :

Nama : Nadia Menayang
NPM : 201560111072
Institusi : STIKes Medistra Indonesia
Program Studi : S1 Keperawatan

Adalah benar nama tersebut di atas adalah Mahasiswi STIKes Medistra Indonesia yang telah melaksanakan penelitian pada 1 Februari 2024 s/d 4 Februari 2024 di RS Rawa Lumbu, dengan judul Skripsi “ Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Kecemasan Keluarga Pasien di Rumah Sakit Rawa Lumbu “.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bekasi, 7 Februari 2024
RS. Rawa Lumbu



RS RAWA L

dr. Andini Sarikantiredjeki, MARS
Direktur

Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Informed Consent

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Pendidikan terakhir :

Dengan ini saya menyatakan, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul : hubungan komunikasi teraupetik perawat di UGD dengan kecemasan keluarga, yang dilakukan oleh

Nama : Nadia Menayang

NPM : 20.156.01.11.072

Institusi Pendidikan : STIKes Medistra Indonesia Program Studi S1 Keperawatan

Demikian surat pernyataan kesanggupan ini saya buat dengan sukarela dan tanpa adanya paksaan dari peneliti.

Bekasi, Juli 2023

Responden

()

Lampiran 6. Kuesioner Penelitian

KUESIONER KOMUNIKASI TERAUPETIK DI INSTALASI GAWAT DARURAT

A. Data Demografi

Nama (Inisial) :

Umur :

Jeniskelamin :

B. Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Kuesioner Komunikasi Terapeutik

Berikut ini adalah sejumlah pernyataan dan pada setiap pernyataan terdapat pilihan jawaban

a. Bacalah dengan teliti dan tidak terburu – buru!

b. Beri tanda (\surd) pada kolom yang telah disediakan dan yang paling benar dan yang anda anggap paling sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya pada orang tua. Pilihan jawaban adalah:

Ya : bila pernyataan tersebut sesuai yang anda pikirkan

Tidak : bila pernyataan tersebut tidak sesuai dengan yang anda pikirkan

c. Terdapat 24 pernyataan dan anda diminta untuk menilai setiap pernyataan

d. Kerahasiaan identitas dan jawaban anda dijamin oleh peneliti, oelh karena itu usahakan jangan sampai ada nomor yang terlewat untuk dijawab

e. Peneliti mengucapkan banyak terimakasih atas bantuan serta kesediaan anda untuk menmgisi kuesioner.

Komponen Pernyataan	Nomor Pernyataan
Fase Preorientasi	1,2,3,4
Fase Orientasi	5,6,7,8,9,10,11
Fase Kerja	12,13,14,15
Fase Teminasi	16,17,18,19,20,21,22,23,24

No	Komponen dan item yang dinilai	Ya	Tidak
1.	Apakah perawat memberikan salam terhadap anda?		
2.	Apakah perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada anda?		
3.	Apakah perawat menanyakan nama panggilan kesukaan anda?		
4.	Apakah perawat menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk berbicara tentang topik yang sudah disetujui bersama anda?		
5.	Apakah perawat menjelaskan tanggung jawab dan perannya saat berkomunikasi dengan anda?		
6.	Apakah perawat menjelaskan tanggung jawab dan peran Anda sebagai keluarga dari pasien?		
7.	Apakah perawat menggunakan bahasa yang sederhana atau yang biasa digunakan saat berkomunikasi dengan anda?		
8.	Apakah perawat menggunakan kata yang jelas saat berkomunikasi dengan anda?		
9.	Apakah perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis saat berkomunikasi dengan anda?		

10.	Apakah perawat menyampaikan pesan yang ringkas dan Tidak tergesa-gesa saat berkomunikasi dengan anda?		
11.	Apakah perawat menanyakan topik pembicaraan yang Merupakan kebutuhan utama anda saat ini untuk didiskusikan?		
12.	Apakah perawat berdiskusi bersama dengan anda tentang Rencana keperawatan yang akan diberikan pada pasien?		
13.	Apakah perawat melakukan tindak lanjut terhadap masalah perawatan yang ditemukan dan merupakan kebutuhan utama pasien saat ini?		
14.	Apakah perawat menyimpulkan proses dan hasil wawancara berdasarkan tujuan awal bersama dengan anda?		
15.	Apakah perawat mengakhiri wawancara atau komunikasi Dengan cara yang baik?		
16.	Apakah perawat pada saat wawancara atau komunikasi verbal dengan anda mempertahankan kontak mata yang wajar?		
17.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda Mempertahankan sikap berhadapan dengan anda?		
18.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda Menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat?		
19.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda Mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang dikeluhkan?		
20.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap sedikit miring atau membungkuk ke arah anda?		

21.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda Mempertahankan sikap terbuka yaitu lengan tidak dilipat atau mengepal?		
22.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu kaki tidak dilipat atau Menyilang dan mengangkat bahu?		
23.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda Mempertahankan jarak yang wajar(50-60cm)?		
24.	Apakah perawat menggunakan sentuhan dengan tepat saat Berinteraksi dengan anda?		

Sumber: (Wiji Puspita Sari)

Keterangan :

Cara penilaian komunikasi terapeutik :

Menurut (Sugiyono, 2017) skala Guttman adalah skala yang digunakan untuk mendapatkan jawaban jawaban tegas dari responden, yaitu hanya terdapat dua interval seperti “setuju-tidak setuju”, “ya-tidak”, “benar-salah”, “positif-negatif”, “pernah-tidak pernah” dan lain-lain. Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau data ratio dikotomi (dua alternatif). Terdapat 24 pernyataan, dimana setiap jawaban pernyataan dinilai Ya (1) dan Tidak(0). Terdapat pernyataan dalam fase preorientasi dari nomor 1,2,3,4, pernyataan dalam fase orientasi dari nomor 5,6,7,8,9,10,11, pernyataan dalam fase kerja nomor dari 12,13,14,15,16,17,18,19,20,21 pernyataan dalam fase terminasi dari nomor 22,23,24.

Hasil dikategorikan:

- 1) Kurang Baik jika responden menyatakan Ya pada 0-8 pernyataan kuesioner.
- 2) Cukup baik jika responden menyatakan Ya pada 9-16 pernyataan kuesioner.
- 3) Baik jika responden menyatakan Ya pada minimal 17-24 pernyataan kuesioner.

KUESIONER KECEMASAN KELUARGA DI INSTALASI GAWAT DARURAT

A. Petunjuk pengisian kuesioner

1. Bacalah dengan teliti dan tidak terburu – buru!
2. Terdapat 20 pertanyaan dan anda diminta untuk menilai setiap pertanyaan
3. Semua jawaban Anda dijaga kerahasiaannya
4. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda.
 - a. Pilihlah (SL) jika menurut anda selalu
 - b. Pilihlah (S) jika menurut anda sering
 - c. Pilihlah (KD) jika menurut anda kadang – kadang
 - d. Pilihlah (TP) jika menurut anda tidak pernah

B. Data demografi

kode/inisial responden :
 Umur :
 Jenis kelamin :

No	Pernyataan	Jawaban			
		Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasannya tidak jelas				
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur, atau mengalami rasa “tidak enak” pada tubuh				
4	Saya lebih mudah marah, tersinggung atau panik dari biasanya				
5	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi				
6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar akhir akhir ini				
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot				

8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah				
9	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang				
10	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat				
11	Saya sering mengalami pusing				
12	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan				
13	Saya mudah sesak napas atau napas tersengal-sengal				
14	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya				
15	Saya merasa sakit perut atau mengalami gangguan pencernaan lainnya seperti Anoreksia				
16	Saya sering kencing daripada biasanya				
17	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat				
18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan				
19	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam seperti sulit memulai tidur, sering terbangun malam hari dll				
20	Saya mengalami mimpi buruk				

Keterangan

Cara Penilaian Tingkat Kecemasan:

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sering, 4: selalu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan (Zung *Self-Rating Anxiety Scale* dalam Ian McDowell, 2006).

Skor 20-44 : kecemasan ringan
 Skor 45-59 : kecemasan sedang
 Skor 60-74 : kecemasan berat

Lampiran 7. Formulir Persetujuan Seminar Proposal Skripsi

FORMULIR PERSTETUJUAN SEMINAR PROPOSAL SKRIPSI

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cik. Mula Raya No. 85A-46 Sepanjang Jaya - Bekasi Telp (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id		
	FORM LEMBAR PERSETUJUAN MELAKSANAKAN SEMINAR PROPOSAL		
Nomor Dokumen	: FM. 027/A.003/LPM/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 07 November 2022
Revisi	: 0	Tgl efektif	: 11 November 2022

Setelah penulisan proposal dituntaskan, mahasiswa berhak melaksanakan seminar proposal tersebut, setelah memenuhi persyaratan yang ditetapkan di STIKes Medistra Indonesia. Untuk dapat melaksanakan seminar, mahasiswa harus memperoleh persetujuan terlebih dahulu dari DPS. Gunakan format berikut untuk memperoleh Lembar Persetujuan Melaksanakan Seminar Proposal Skripsi.

**PERSETUJUAN
SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dosen Pembimbing Skripsi menyetujui pelaksanaan Seminar Proposal Penelitian Skripsi mahasiswa:

Nama : Nabla Melayang
 NPM : 201560111072
 Program Studi : Keperawatan
 Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi terapeutik di UGD dengan Kelelahan Keluarga Pasien
 Ketua Penguji : Ns. Rani S. Kep. M. Kep. (Paraf Dosen Penguji:Rf.....)
 Anggota Penguji : Lina Angkita S. Kep. M. Kep. (Paraf Dosen Penguji:JA.....)
 Hari/Tgl Ujian:

Persetujuan ini diberikan setelah mempertimbangkan bahwa :

1. Mahasiswa tersebut telah melalui proses pembimbingan dengan baik.
2. Proposal yang ditulis oleh mahasiswa tersebut telah memenuhi persyaratan, baik secara substansi akademik maupun secara format (tata cara penulisan) yang berlaku di STIKes Medistra Indonesia.
3. Mahasiswa tersebut telah mengikuti kegiatan seminar temannya sebagai oponent sebanyak kali (tuliskan jumlahnya).

Bekasi, 20

Disetujui oleh
 Koordinator Skripsi
Rani S. Kep. M. Kep.
 NIDN. 0315018901

Dosen Pembimbing Skripsi,
Ns. Rani S. Kep. M. Kep.
 NIDN. 0310087002

Mengetahui,
 Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)

Lina Angkita S. Kep. M. Kep.
 NIDN. 0316028302

Lampiran 8. Dokumentasi Seminar Proposal Skripsi

DOKUMENTASI SEMINAR PROPOSAL SKRIPSI



Lampiran 9. Surat Permohonan Penelitian

SURAT PERMOHONAN PENELITIAN



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDISTRA INDONESIA**
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)
PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)
Jl. Cut Mutia Raya No. 88A Kel. Senenjang Jaya - Bekasi Telp.(021) 8241175-77 Fax (021) 82411374
Web: stikes.medistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

Bekasi, 31 Januari 2024

Nomor : 065 /STIKes MI/Kep/BI/1/2024
Lampiran : -
Perihal : Surat Permohonan Penelitian

Kepada Yth
Direktur Rumah Sakit Rawa Lumbu
Di
Tempat

Sehubungan dengan adanya pelaksanaan Skripsi pada tingkat akhir yang merupakan syarat kelulusan Program Akademik (Sarjana) mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) STIKes Medistra Indonesia, maka dengan ini kami mengajukan permohonan penelitian di Rumah Sakit Rawa Lumbu untuk mahasiswa atas nama :

Nama Mahasiswa : Nadia Menayang
NPM : 201560111072
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Kecemasan Keluarga pasien di Rumah Sakit Rawa Lumbu

kami mohon kepada Bapak/Ibu Pimpinan untuk dapat kiranya memberikan izin kepada mahasiswa kami melakukan penelitian

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia



Kiki Hasmanto, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN 0316028302

Tembusan :
1. WK I Bid. Akademik
2. Pertinggal

Lampiran 10. Surat Balasan Penelitian

SURAT BALASAN PENELITIAN

RS. RAWA LUMBU

IGD 24 JAM, POLI UMUM, POLI GIGI & POLI SPESIALIS, RUANG RANAP, RUANG KHUSUS, LABORATORIUM, RADIOLOGI, FISIOTERAPI, DLL

No. : 02.151/RSRL/II/2024
Perihal : Pemberitahuan Izin Penelitian

Bekasi, 1 Februari 2024

Kepada Yth,
Pimpinan STIKes Medistra Indonesia
Di Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan surat dari STIKes Medistra Indonesia Nomor : 065/STIKes
MI/Kep/B1/II/2024 Tanggal 31 Januari 2024 perihal Surat Permohonan Penelitian, maka
pimpinan RS Rawa lumbu dengan ini menyetujui nama mahasiswa di bawah ini untuk
mengadakan penelitian di RS Rawa Lumbu :

Nama : Nadia Menayang
NPM : 201560111072
Jenjang Pendidikan : S1 Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Kecemasan
Keluarga Pasien di Rumah Sakit Rawa Lumbu

Demikian surat ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat kami,
Rumah Sakit Rawa Lumbu



dr. Andini Sarikantiredjeki, MARS
Direktur

Lampiran 11. Master Tabel Penelitian

MASTER TABEL PENELITIAN

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat IGD Dengan Tingkat Kecemasan
Keluarga Di Rumah Sakit Rawa Lumbu

No	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Komunikasi Terapeutik Perawat IGD	Tingkat Kecemasan Keluarga
1.	35	Laki-Laki	Lulus SMA	Baik	Sedang
2.	47	Laki-Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
3.	37	Laki Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
4.	45	Laki Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
5.	50	Perempuan	Lulus SD	Baik	Sedang
6.	37	Laki-Laki	Lulus SMA	Baik	Sedang
7.	36	Perempuan	Lulus SMA	Baik	Sedang
8.	35	Laki Laki	Lulus SMA	Baik	Sedang
9.	28	Perempuan	Lulus PT	Cukup Baik	Sedang
10.	42	Perempuan	Lulus PT	Cukup Baik	Sedang
11.	35	Laki-Laki	Lulus PT	Kurang Baik	Ringan
12.	49	Laki-Laki	Lulus PT	Kurang Baik	Berat
13.	45	Laki-Laki	Lulus PT	Cukup Baik	Berat
14.	47	Perempuan	Lulus PT	Kurang Baik	Ringan
15.	32	Perempuan	Lulus PT	Cukup Baik	Sedang
16.	40	Laki Laki	Lulus PT	Cukup Baik	Ringan
17.	41	Perempuan	Lulus PT	Baik	Berat
18.	23	Laki-Laki	Lulus PT	Baik	Berat
19.	40	Laki Laki	Lulus PT	Baik	Ringan
20.	28	Perempuan	Lulus PT	Baik	Ringan
21.	35	Perempuan	Lulus PT	Kurang Baik	Berat
22.	23	Perempuan	Lulus PT	Kurang Baik	Berat
23.	40	Laki-Laki	Lulus PT	Baik	Sedang
24.	30	Laki Laki	Lulus PT	Baik	Ringan
25.	34	Perempuan	Lulus PT	Cukup Baik	Ringan
26.	36	Perempuan	Lulus SMA	Baik	Sedang
27.	40	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Sedang
28.	20	Laki-Laki	Lulus SMA	Cukup Baik	Ringan
29.	36	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Sedang
30.	40	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Sedang
31.	20	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Sedang
32.	36	Laki-Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
33.	51	Laki Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
34.	33	Laki laki	Lulus SMA	Cukup Baik	Sedang
35.	35	Laki Laki	Lulus SMA	Baik	Ringan
36.	28	Laki-Laki	Lulus SMA	Cukup Baik	Ringan
37.	30	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Berat
38.	39	Perempuan	Lulus SMA	Kurang Baik	Berat
39.	40	Laki-Laki	Lulus SMA	Cukup Baik	Ringan

40.	38	Perempuan	Lulus SMA	Kurang Baik	Ringan
41.	62	Perempuan	Lulus SMA	Cukup Baik	Ringan
42.	36	Laki-Laki	Lulus SMA	Kurang Baik	Berat
43.	49	Laki Laki	Lulus SMA	Cukup Baik	Ringan
44.	56	Laki-Laki	Lulus SMA	Kurang Baik	Ringan
45.	37	Laki-Laki	Lulus SMA	Kurang Baik	Berat
46.	29	Laki Laki	Lulus SMA	Kurang Baik	Berat
47.	25	Laki Laki	Lulus SMA	Kurang Baik	Sedang
48.	48	Laki-Laki	Lulus SMP	Kurang Baik	Berat
49.	35	Laki-Laki	Lulus SMP	Kurang Baik	Berat
50.	37	Laki-Laki	Lulus SMA	Baik	Berat

Lampiran 12. Hasil Uji Univariat

		Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lulus SD	5	8.8	8.8	8.8
	Lulus Smp	16	28.1	28.1	36.8
	Lulus SMA	21	36.8	36.8	73.7
	Lulus PT	15	26.3	26.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

		Statistics		
		Jenis_Kelamin	Usia	Pendidikan
N	Valid	57	57	57
	Missing	0	0	0

		Jenis_Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki laki	34	59.6	59.6	59.6
	Perempuan	23	40.4	40.4	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usia 17-25	23	40.4	40.4	40.4
	Usia 35-55	27	47.4	47.4	87.7
	Usia 60	7	12.3	12.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Statistics

		Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan
N	Valid	57	57
	Missing	0	0

Komunikasi Terapeutik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	15	26.3	26.3	26.3
	Cukup Baik	19	33.3	33.3	59.6
	Baik	23	40.4	40.4	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Tingkat Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kecemasan Ringan	22	38.6	38.6	38.6
	Kecemasan Sedang	20	35.1	35.1	73.7
	Kecemasan Berat	15	26.3	26.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Lampiran 13. Hasil Uji Bivariat

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	Komunikasi Terapeutik * Tingkat Kecemasan	57	100.0%	0	0.0%	57

Komunikasi Terapeutik * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

			Tingkat Kecemasan			Total
			Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Komunikasi Terapeutik	Kurang Baik	Count	0	4	11	15
		% within Komunikasi Terapeutik	0.0%	26.7%	73.3%	100.0%
		% within Tingkat Kecemasan	0.0%	20.0%	73.3%	26.3%
	Cukup Baik	Count	5	14	0	19
		% within Komunikasi Terapeutik	26.3%	73.7%	0.0%	100.0%
		% within Tingkat Kecemasan	22.7%	70.0%	0.0%	33.3%
	Baik	Count	17	2	4	23
		% within Komunikasi Terapeutik	73.9%	8.7%	17.4%	100.0%
		% within Tingkat Kecemasan	77.3%	10.0%	26.7%	40.4%
Total	Count	22	20	15	57	
	% within Komunikasi Terapeutik	38.6%	35.1%	26.3%	100.0%	
	% within Tingkat Kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.197 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	50.492	4	.000
Linear-by-Linear Association	22.262	1	.000
N of Valid Cases	57		

a. 1 cells (11.1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.95.

Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian

DOKUMENTASI PENELITIAN



Lampiran 15. Biodata Penelitian

BIODATA PENELITIAN



1. DATA PRIBADI

Nama	: Nadia Menayang
Nama Panggilan	: Nanad
TTL	: Bekasi, 21 Febuari 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Betawi
Kewarganegaraan	: Indonesia
Email	: Nadiamnyng21@gmail.com
Instagram	: Nanadsyfr_

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD	: MI Attaqwa 36 2012
SMP	: MTs Nurul Falah 2017
SMA	: SMA SR 2020
Perguruan Tinggi	: STIKes Medistra Indonesia