

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN SUSPEK COVID-19 DI RS CIBITUNG MEDIKA TAHUN 2022

TIM PENGUSUL

Ketua

Lina Indrawati, S.Kep..Ners,M.Kep (NIDN: 0321108001)

Anggota

Hilda Meriyandah, S.Kep.,MPH (NIDN: 0305059202)

Fahmi Abdul Malik (NPM: 181560111010)

Sisilia Oktaviani Toko (NPM: 181560111066)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Suspek Covid-19 Di Rs Cibitung Medika Tahun 2022

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Lina Indrawati, S.Kep..Ners,M.Kep
b. NIDN : 0321108001
c. Jabatan Fungsional : Lector/IIIc
d. Program Studi : Ilmu Keperawatan
e. Nomor HP : 081316317244
f. Alamat surel (e-mail) : aisyah150416@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Hilda Meriyandah, S.Kep.,MPH
b. NIDN : 0305059202
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 1 Tahun

Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.700.000

Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

Bekasi, 30 Juni 2022

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,



(Lina Indrawati, S.Kep..Ners,M.Kep)
NIDN : 0321108001

Menyetujui,
Kepala UPPM



(Rotua Suryani S, SKM.,M.Kes)
NIDN : 0315018401

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR SKEMA	vi
RINGKASAN	1
BAB I PENDAHULUAN	2
A. Latar Belakang	2
B. Tujuan Penelitian	6
C. Luaran	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Komunikasi terapeutik	7
1. Pengertian	7
2. Tujuan komunikasi terapeutik.....	7
3. Kegunaan komunikasi terapeutik.....	7
4. Komunikator sebagai elemen terapi.....	7
5. Faktor-faktor yang Memengaruhi Komunikasi Terapeutik.....	7
6. Penggunaan Diri secara Terapeutik dan Analisis diri Perawat.....	8
7. Dasar-dasar komunikasi terapeutik	11
8. Komunikasi dan hubungan terapeutik dalam keperawatan.....	12
9. Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik.....	15
10. Hambatan Komunikasi Terapeutik dan Cara Mengatasi Hambatan Komunikasi	19
B. Kecemasan	19
1. Pengertian	19
2. Teori – teori kecemasan	20
3. Tingkat kecemasan	21
4. Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan.....	22
5. Rentang respon kecemasan	23
6. Alat ukur kecemasan.....	24
7. Hal – hal yang dapat mengurangi / menurunkan kecemasan	25
C. <i>Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)</i>	25
1. Pengertian	25
2. Tanda dan gejala	26
3. Beresiko terinfeksi Covid-19	27

4. Transmisi.....	27
5. Patogenesis	30
6. Faktor Risiko	31
7. Pemeriksaan Penunjang	32
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Desain Penelitian.....	38
B. Tahapan Penelitian.....	38
C. Lokasi Penelitian.....	39
D. Populasi dan Sampel	39
E. Teknik Pengumpulan Data.....	40
F. Metode Analisis Data.....	40
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	42
A. Anggaran Biaya.....	42
B. Jadwal Penelitian.....	42
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	43
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	43
1. Profil RS Cibitung Medika	43
B. Pelaksanaan penelitian	43
C. Hasil Penelitian.....	44
1. Analisa Univariat.....	44
2. Analisa Bivariat	45
D. Pembahasan hasil penelitian	45
1. Analisa Uji Univariat	45
2. Analisa Uji Bivariat.....	45
BAB VI PENUTUP	47
A. Kesimpulan	47
B. Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA	121
LAMPIRAN.....	123
Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti	123

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	12
Tabel 2.1 Tingkat Respon Kecemasan	68
Table 3.1 Kriteria inklusi dan eklusi	102

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Sikap perawat dalam komunikasi terapeutik.....	25
Skema 2.2 Kerangka teori.....	96
Skema 2.3 kerangka konsep penelitian	97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan	71
---	----

RINGKASAN

Merasakan stress dan cemas adalah perasaan yang normal saat menghadapi krisis seperti pandemik COVID-19 ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika tahun 2022. Salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien. Menurut Brunner & Suddart, ada pengaruh secara psikologis yang dirasakan pasien jika diberikan informasi yang jelas tentang tindakan medis, kondisi kesehatan, tujuan dan manfaat tindakan, dampak yang ditimbulkan dari tindakan, serta pemberian kesempatan kepada pasien untuk bertanya tentang sakit. Semakin banyak informasi yang didapatkan maka kekhawatiran yang dialami akan berkurang, yang akhirnya akan menurunkan kecemasan pada pasien. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif analitik observasional* dengan metode *cross-sectional*, jumlah sampel yang digunakan 27 pasien suspek Covid-19 di Ranap 4A dan ranap 6. Tehnik sampling yang digunakan adalah total sampling sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, alat ukur adalah kuesioner dan analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat. Hasil uji statistik diperoleh bahwa nilai p value $0,000 < 0,05$. Maka hal ini menunjukkan H_0 ditolak artinya terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika tahun 2022.

Kata kunci: Komunikasi terapeutik, Tingkat kecemasan, COVID19

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada saat ini dunia sedang dilanda pandemic yang cukup menkhawatirkan, yaitu COVID-19. Hampir semua negara yang ada di dunia ini mengalami pandemic COVID-19 ini, tidak terkecuali Indonesia (Fitria & Ifdil, 2020). Wabah penyakit virus Corona-19 (COVID) yang muncul pada bulan Desember 2019 di Wuhan (Cina), dengan cepat menyebar ke luar China sehingga Komite Darurat Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendeklarasikan Darurat Kesehatan Masyarakat dari kepedulian Internasional (PHEIC) pada 30 Januari 2020. Spesies baru virus korona diidentifikasi sebagai penyebab pneumonia mematikan pada Desember 2019 di Cina. Virus ini berkembang pesat di seluruh dunia. Menanggapi situasi yang memburuk ini, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan negara pandemi pada 11 Maret 2020. Warga di banyak negara masih menghadapi risiko penyakit serius yang disebabkan oleh virus corona (COVID-19) (Hardiyati et al., 2020).

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Pada manusia biasanya menyebabkan penyakit infeksi saluran pernafasan, mulai flu biasa hingga penyakit yang serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS). Coronavirus jenis baru yang ditemukan pada manusia sejak kejadian luar biasa muncul di Wuhan Cina, pada Desember 2019, kemudian diberi nama *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-COV2), dan menyebabkan penyakit *Coronavirus Disease-2019* (COVID-19) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Seperti penyakit pernapasan lainnya, COVID-19 dapat menyebabkan gejala ringan termasuk pilek, sakit tenggorokan, batuk, dan demam. Sekitar 80% kasus dapat pulih tanpa perlu perawatan khusus. Sekitar 1 dari setiap 6

orang mungkin akan menderita sakit yang parah, seperti disertai pneumoni atau kesulitan bernafas, yang biasanya muncul secara bertahap. Walaupun angka kematian penyakit ini masih rendah (sekitar 3%), namun bagi orang yang berusia lanjut, dan orang-orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (seperti diabetes, tekanan darah tinggi dan penyakit jantung), mereka biasanya lebih rentan untuk menjadi sakit parah. Melihat perkembangan hingga saat ini, lebih dari 50% kasus konfirmasi telah dinyatakan membaik, dan angka kesembuhan akan terus meningkat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Seseorang dapat terinfeksi dari penderita COVID-19. Penyakit ini dapat menyebar melalui tetesan kecil (droplet) dari hidung atau mulut pada saat batuk atau bersin. Masa inkubasi COVID-19 diperkirakan antara 1-14 hari dan perkiraan ini dapat berubah sewaktu-waktu sesuai perkembangan kasus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Global status report on NCD World Health Organization (WHO) tanggal 30 Mei 2022 melaporkan bahwa total kasus konfirmasi COVID-19 global adalah 169.597.415 kasus dengan 3.530.582 kematian (CFR 2,1%) dan 152.754.774 kasus sembuh di 222 negara terjangkau dan 150 negara transmisi komunitas. Daftar negara terjangkau COVID-19 dapat bertambah setiap harinya mengikuti perkembangan data dan informasi yang didapatkan di *Situation report WHO* (Media Informasi Resmi Terkini Penyakit Infeksi Emerging, 2022).

Indonesia berada di urutan ke 18 negara terbanyak terkonfirmasi COVID-19 dan tercatat oleh PHEOC Kemenkes pada tanggal 30 Mei 2022 yang terkonfirmasi sebanyak 1.816.041 kasus dengan 1.663.998 kasus sembuh dan 50.404 kasus kematian (CFR 2,8%). Kasus tertinggi berada di DKI Jakarta dengan 429.333 terkonfirmasi dan disusul daerah Jawa Barat dengan 312.633 kasus terkonfirmasi (Media Informasi Resmi Terkini Penyakit Infeksi Emerging, 2022).

Di wilayah Bekasi 40.448 kasus terkonfirmasi COVID-19 dengan 39.179 kasus terkonfirmasi sembuh dan 515 terkonfirmasi meninggal. Sebaran kasus aktif berada di 21 kecamatan dengan jumlah kasus tertinggi di kecamatan Tambun Selatan 180 terkonfirmasi sedangkan di wilayah Cibitung menempati urutan kedua tertinggi kasus COVID-19 di wilayah Bekasi dengan jumlah 162 kasus terkonfirmasi COVID-19 sampai tanggal 1 April 2022 (Tanggap Bencana Covid-19 Kota Bekasi, 2022).

Di Rumah Sakit Cibitung Medika berdasarkan situasi di lapangan, hampir 80% pasien mengalami kecemasan berupa perasaan takut positif Covid-19, perasaan cemas ini diakibatkan kurangnya komunikasi terapeutik perawat ke pasien dan ketidakterimaan pasien dinyatakan suspek Covid-19 karena kurangnya informasi yang diterima. Berdasarkan 10 sampel pasien di ruang suspek Covid-19, 4 diantaranya mengalami kecemasan berat-ekstrim dan 6 diantaranya mengalami kecemasan ringan-sedang. Berdasarkan 10 sampel pasien di ruang suspek Covid-19, 7 diantaranya mengatakan komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat baik dan 3 diantaranya mengatakan komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat kurang baik.

Beberapa hal yang dapat meningkatkan risiko terpaparnya COVID-19 sehingga pandemi coronavirus COVID-19 saat ini menyebabkan tekanan psikologis dan fisik yang cukup besar dan tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi di seluruh dunia sejak wabahnya pada Desember 2019. Menghadapi situasi yang tidak pasti dapat meningkatkan tingkat kecemasan seseorang, terutama ketika ada risiko kematian. Ini dapat menyebabkan individu yang sehat dan rentan terlibat dalam perilaku pelindung. Penelitian Croll, L., Kurzweil, A., Hasanaj, L., Serrano, L., Balcer, J. L., & Galetta, S. L (2020) menyatakan bahwa responden mengalami peningkatan ketakutan (79%), kecemasan (83%) dan depresi (38%) selama pandemi COVID-19. Sementara, disisi lain ketakutan terhadap COVID-19 akan memiliki dampak besar pada kesehatan mental masyarakat (Hardiyati et al., 2020).

Kondisi yang datang tiba-tiba ini membuat masyarakat tidak siap menghadapinya baik secara fisik ataupun psikis. Diantara kondisi psikologis yang dialami oleh masyarakat adalah rasa anxiety apabila tertular. Menurut *American Psychological Association* (APA), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah dan lain sebagainya) (Fitria & Ifdil, 2020).

Merasakan stress dan cemas adalah perasaan yang normal saat menghadapi krisis seperti pandemik COVID-19 ini. Situasi baru tersebut akan meningkatkan kewaspadaan seseorang sampai tahap yang wajar agar orang tersebut siap beradaptasi. Namun, bila rasa cemas berlebihan muncul, akan menyebabkan penurunan fungsi dan masalah baru sehingga rasa cemas tersebut perlu dikelola dengan baik. Cemas merupakan respon emosi individu yang timbul karena menghadapi konflik, masalah dan ketegangan. Biasanya individu tidak menyadari secara jelas apa yang menyebabkan dirinya cemas dan menimbulkan gangguan dalam kehidupan. Cemas itu sendiri adalah suatu respon individu yang subyektif terhadap pengalaman yang dirasa tidak menyenangkan dan disertai dengan rasa gelisah, khawatir dan takut (Utami, 2020).

Salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien. Hal ini berdasarkan teori yang diungkapkan Peplau, asuhan keperawatan yang berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dengan pasien. berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik, dimana perawat memiliki peran yang cukup penting dalam mempengaruhi, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesehatan pasien melalui proses komunikasi (Basra et al., 2017).

Komunikasi terapeutik antara pasien dengan perawat memiliki arti yang besar dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Petugas memiliki pendekatan komunikasi bersifat efektif untuk menumbuhkan rasa percaya pasien COVID 19 terhadap perawat, karena beberapa pasien menyakini bahwa stresor dapat memperburuk kondisi pasien COVID 19. Dengan memberikan dukungan psikologis dengan komunikasi dapat

memberikan rasa tenang dan percaya diri serta menumbuhkan keyakinan pasien untuk sembuh, sehingga dengan memberikan kesempatan pasien mengkomunikasikan rasa dihatinya membuat pasien lebih rileks dan nyaman sehingga meningkatkan imunitas dan mempercepat proses kesembuhan pasien COVID-19 (Maisyaroh et al., 2020).

Komunikasi dalam bidang keperawatan adalah merupakan suatu dasar dan kunci dari seorang perawat dalam menjalankan tugas-tugasnya. Komunikasi merupakan suatu proses untuk menciptakan hubungan antara perawat dan klien serta dengan tenaga kesehatan lainnya. Tanpa komunikasi seseorang akan merasa terasing dan tanpa komunikasi pula suatu tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien akan mengalami kesulitan yang sangat berarti (Maisyaroh et al., 2020).

Berdasarkan penelitian Mardiatun et al., (2020), sebagian besar komunikasi terapeutik baik adalah sebanyak 38 orang (54%) dan sebagian besar responden mengalami tingkat kecemasan ringan dengan sebanyak 32 orang (45%) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Basra et al., (2017) Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien didapatkan nilai $p=0,031$ dimana $p < \alpha$ (0,05) artinya ada hubungan yang signifikan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien. Oleh karena itu, tingkat kecemasan pasien sangat bergantung pada komunikasi terapeutik perawat.

Menurut Brunner & Suddart, ada pengaruh secara psikologis yang dirasakan pasien jika diberikan informasi yang jelas tentang tindakan medis, kondisi kesehatan, tujuan dan manfaat tindakan, dampak yang ditimbulkan dari tindakan, serta pemberian kesempatan kepada pasien untuk bertanya tentang sakit. Semakin banyak informasi yang didapatkan maka kekhawatiran yang dialami akan berkurang, yang akhirnya akan menurunkan kecemasan pada pasien (Mardiatun et al., 2020).

Banyak faktor penyebab terjadinya kecemasan atau *ansietas* dalam diri pasien selama pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik dilakukan dengan tujuan membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri (Pasien & Terapeutik, 2013).

Berkomunikasi yang asertif dalam praktek keperawatan professional sangat berpengaruh atau membantu pasien dan keluarganya dalam proses penyembuhan atau dalam memenuhi kebutuhan dasarnya serta memberikan perasaan tenang tanpa kecemasan selama dirawat di rumah sakit (Pasien & Terapeutik, 2013).

Berdasarkan pemaparan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa dengan komunikasi terapeutik oleh perawat mempunyai pengaruh yang kuat dengan tingkat kecemasan pasien suspek COVID-19. Semakin baik komunikasi terapeutik maka semakin rendah tingkat kecemasan pasien. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan komunikasi terapeutik perawat

dengan tingkat kecemasan pasien suspek COVID-19 karena belum ada penelitian sebelumnya yang meneliti hal tersebut.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada pasien suspek COVID-19 di Ruang suspek COVID-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika.
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien suspek COVID-19 di Ruang suspek COVID-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika.
- c. Menganalisis Hubungan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 di Rumah Sakit Cibitung Medika

C. Luaran

Luaran penelitian ini adalah publikasi dan akan diterapkan juga melalui Pengabdian Kepada Masyarakat.

BAB II **TINJAUAN PUSTAKA**

A. Komunikasi terapeutik

1. Pengertian

Komunikasi terapeutik ialah komunikasi yang dilakukan oleh komunikator dan tenaga kesehatan lain yang direncanakan dan berfokus pada kesembuhan pasien. Hubungan antara komunikator dan pasien yang bersifat terapeutik ialah komunikasi yang dilakukan dengan tujuan memperbaiki emosi pasien (Fusfitasari, 2020).

2. Tujuan komunikasi terapeutik

Berdasarkan definisi komunikasi terapeutik, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik.

- a. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran.
- b. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.
- c. Memperbaiki pengalaman emosional klien.
- d. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan.

Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien. Apabila perawat tidak memperhatikan hal ini, hubungan perawat-klien tersebut bukanlah hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial biasa (Anjaswari, 2016).

3. Kegunaan komunikasi terapeutik

- a. Merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.
- b. Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.
- c. Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.
- d. Sebagai tolak ukur kepuasan pasien. Sebagai tolak ukur complain tindakan dan rehabilitasi.

(Anjaswari, 2016)

4. Komunikator sebagai elemen terapi

Komunikasi sebagai elemen terapi mempunyai makna bahwa komunikasi yang dilakukan oleh perawat adalah mempunyai tujuan terapi atau memberikan efek penyembuhan buat klien. Komunikasi adalah salah satu alat yang paling esensial bagi perawat. Dengan komunikasi (verbal ataupun nonverbal), perawat dapat memberikan kesembuhan buat klien. Senyum perawat, kesabaran, kelembutan, kata-kata yang tegas dan menyejukkan atau kata-kata yang disampaikan dengan jelas dapat mempengaruhi perilaku klien untuk berbuat lebih baik dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya (Anjaswari, 2016).

5. Faktor-faktor yang Memengaruhi Komunikasi Terapeutik

Berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor memengaruhi sebagai berikut.

- a. Spesifikasi tujuan komunikasi

Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas. Misalnya, tujuan komunikasi adalah mengubah perilaku klien, maka komunikasi diarahkan untuk mengubah perilaku dari yang malaadaptif ke adaptif.

- b. Lingkungan nyaman
Maksud lingkungan nyaman adalah lingkungan yang kondusif untuk terjalinnya hubungan dan komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat. Lingkungan yang tenang/tidak gaduh atau lingkungan yang sejuk/tidak panas adalah lingkungan yang nyaman untuk berkomunikasi. Lingkungan yang dapat melindungi privasi akan memungkinkan komunikasi dan komunikator saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.
- c. Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak)
Kemampuan komunikator dan komunikasi untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.
- d. Percaya diri
Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikasi dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.
- e. Berfokus kepada klien
Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.
- f. Stimulus yang optimal
Stimulus yang optimal adalah penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.
- g. Mempertahankan jarak personal
Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalinnya komunikasi yang efektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalinnya komunikasi terapeutik adalah satu lengan (± 40 cm). Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan (agama), budaya, dan strata sosial (Anjaswari, 2016).

6. Penggunaan Diri secara Terapeutik dan Analisis diri Perawat

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, diri perawat adalah alat yang terapeutik untuk penyembuhan klien. Sebagai alat, perawat harus mampu menggunakan dirinya secara terapeutik. Cara menggunakan diri secara terapeutik (bagi perawat), yaitu mengembangkan kesadaran diri (*developing self awareness*), mengembangkan kepercayaan (*developing trust*), menghindari pengulangan (*avoiding stereotypes*), dan tidak menghakimi (*becoming nonjudgmental*) (Chitty, 1997).

Sebagai seorang perawat, Anda harus selalu meningkatkan kualitas diri supaya terapeutik untuk diri sendiri dan orang lain dengan

menganalisis diri. Cara melakukan analisis diri adalah melakukan evaluasi kesadaran diri (*self awareness*) dan pengungkapan diri, mengklarifikasi nilai, mengeksplorasi perasaan, perawat sebagai *role model*, mengutamakan kepentingan orang lain, bersikap etis, dan bertanggung jawab. Berikut uraian masing-masing cara menganalisis diri perawat.

a. Kesadaran diri (*self awareness*) dan pengungkapan diri

Cara meningkatkan kesadaran diri dapat menggunakan *johary window* yang terdiri atas empat kuadran dan menggambarkan kualitas diri. Ada dua aspek *self* yang harus dilakukan perawat, yaitu kesadaran diri dan pengungkapan diri.

Perawat dapat menggunakan *joharry window* untuk meningkatkan kesadaran diri yaitu:

1) **Quadrant I** disebut daerah terbuka (diketahui oleh diri sendiri dan orang lain)

Daerah ini berisikan semua informasi diri kita, perilaku, sikap, perbuatan, keinginan, motivasi, gagasan, dan lain-lain yang diketahui oleh diri sendiri ataupun orang lain. Besarnya daerah terbuka berbeda-beda untuk tiap-tiap orang. Semakin luas daerah terbuka semakin tinggi kesadaran diri kita dan berarti semakin baik komunikasi kita. Sebaliknya, semakin sempit daerah terbuka semakin rendah kesadaran diri kita dan berarti semakin buruk komunikasi kita.

2) **Quadrant II** disebut daerah buta (hanya diketahui oleh orang lain)

Daerah ini berisikan semua informasi diri kita, perilaku, sikap, perbuatan, keinginan, motivasi, gagasan, dan lain-lain yang hanya diketahui orang lain dan kita sendiri tidak mengetahuinya. Bentuk perilaku dalam diagram ini sebagian besar adalah perilaku yang tidak kita sadari atau pengalaman terpendam yang muncul dan teramati oleh orang lain. Setiap orang harus berusaha mengurangi daerah buta ini supaya dapat memperluas kesadaran dirinya dan supaya komunikasinya baik.

3) **Quadrant III** disebut daerah tertutup/rahasia (hanya diketahui oleh diri sendiri)

Daerah ini berisikan semua informasi diri kita, perilaku, sikap, perbuatan, keinginan, motivasi, gagasan, dan lain-lain yang hanya diketahui kita sendiri, sedangkan orang lain tidak mengetahuinya. Individu cenderung menyimpan atau merahasiakan segala sesuatu yang ada pada dirinya dan tidak terbuka pada orang lain. Mereka terlalu tertutup dan tidak mengomunikasikan apa yang dia ketahui kepada orang lain.

4) **Quadrant IV** disebut daerah gelap/tidak dikenal (tidak diketahui, baik oleh diri maupun orang lain)

Daerah ini berisikan hal-hal yang tidak diketahui, baik oleh diri sendiri maupun orang lain. Daerah gelap ini bisa kita buka dengan cara mengenal dan mengamati apa yang ada pada diri dan sekitar kita, melalui interaksi terbuka, jujur, empati, dan saling percaya. Kita harus mempelajari hal-hal yang belum kita ketahui ataupun belum diketahui oleh orang lain.

DeVito (1997) menjelaskan bahwa untuk meningkatkan kesadaran diri dapat dilakukan dengan cara berikut.

- a) Dialog dengan diri sendiri, melakukan komunikasi intrapersonal dengan diri sendiri untuk mengenal aspek-aspek diri.
- b) Mendengarkan pendapat orang lain tentang diri kita.
- c) Mengurangi daerah buta dengan terus belajar dari lingkungan sekitar kita.
- d) Amatilah diri Anda dari pandangan yang berbeda/dari sumber yang berbeda.
- e) Memperluas daerah terbuka dengan terus-menerus menjalin komunikasi dan interaksi dengan orang lain.

Selain menggunakan *joharry window* untuk meningkatkan kesadaran diri, DeVito (1998) menjelaskan bahwa perawat juga dapat melakukan pengungkapan dirinya. Dengan cara ini, perawat dilatih untuk jujur dalam mengungkapkan siapa dirinya.

Berikut cara pengungkapan diri yang dapat dilakukan oleh perawat.

- a) Ungkapan informasi tentang diri kita sendiri yang biasa kita sembunyikan.
 - b) Ungkapan hal-hal yang menyangkut diri kita yang tidak disadari.
 - c) Ungkapan hal-hal yang sebelumnya tidak diketahui orang lain.
 - d) Ungkapan informasi tentang diri kita: pikiran, perasaan, dan perilaku.
 - e) Ungkapan informasi yang biasa dan secara aktif disembunyikan.
 - f) Libatkan minimal satu orang untuk lebih banyak mengungkapkan diri kita (perawat), baik tentang kebaikan, kejelekan, kelebihan, maupun kekurangan.
- b. Klarifikasi nilai (*clarification of value*)
Perawat melakukan klarifikasi terhadap nilai-nilai yang diyakini yang mendasari sikap dan tingkah lakunya, misalnya nilai kebersamaan, kekeluargaan, religi, kebersihan, keindahan, dan lain-lain.
- c. Eksplorasi perasaan (*feeling exploration*)
Perawat harus mampu mengekspresikan perasaan secara jujur. Hal ini penting dalam rangka meningkatkan kesadaran kita terhadap

perasaan yang disadari atau tidak yang dapat berpengaruh terhadap keberhasilan hubungan dengan klien.

- d. Perawat sebagai model peran (*nurses as role model*)
Perawat sebagai *role model* maksudnya adalah perawat harus menjadi contoh yang baik bagi klien. Perawat dengan nilai-nilai yang dimilikinya harus bersikap dan bertingkah laku yang dapat dicontoh secara baik oleh klien. Peran ini harus disadari oleh perawat sehingga perawat harus selalu mengontrol perilakunya.
- e. Berorientasi untuk kepentingan orang lain (*altruism*)
Perawat harus berorientasi untuk kepentingan orang lain, bukan dirinya sendiri. Perawat dapat meningkatkan kesadaran diri secara terus-menerus untuk menyelami masalah klien dan berpikir untuk selalu berbuat baik kepada klien. Segala aktivitas yang dilakukan perawat adalah kepentingan kesembuhan klien atau mencapai tujuan yang diinginkan klien.
- f. *Ethic dan responsibility*
Perawat harus mengedepankan nilai-nilai dan etika yang disadarinya serta menunjukkan tanggung jawab yang tinggi.
(Anjaswari, 2016)

7. Dasar-dasar komunikasi terapeutik

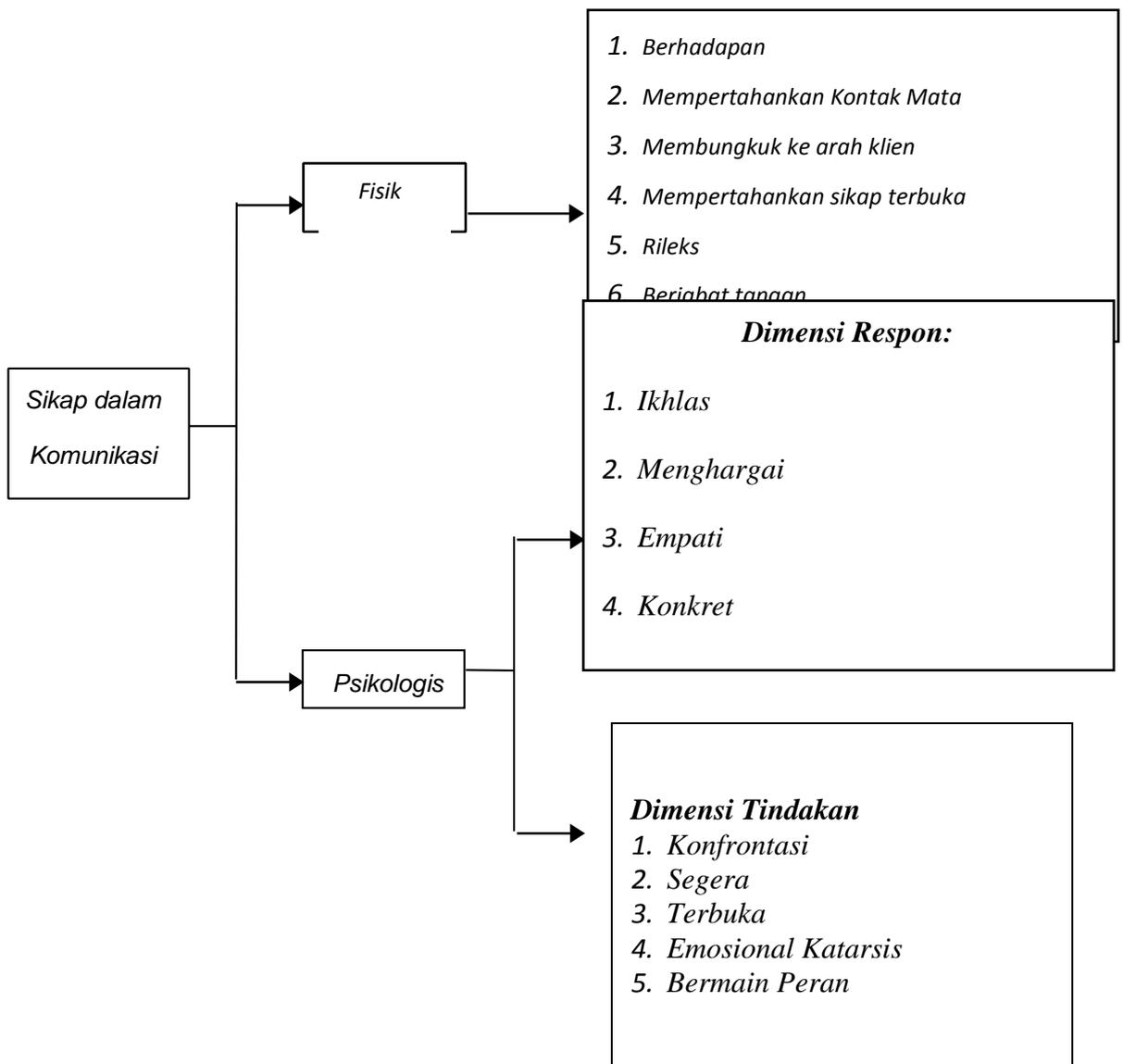
Komunikasi yang baik dan efektif sangat menentukan kesembuhan pasien, komunikasi yang buruk dapat menjadi masalah dalam pengobatan pasien, membangun komunikasi sederhana sangat penting dilakukan untuk mengurangi masalah kecemasan pasien. Adapun empat prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik, yakni

- a. Hubungan komunikator dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. Hubungan ini didasarkan pada prinsip "*humanity of nurse and clients*". Kualitas hubungan komunikator-klien ditentukan oleh bagaimana komunikator mendefinisikan dirinya sebagai manusia. Hubungan komunikator dengan klien tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan kliennya tetapi lebih dari itu, hubungan antar manusia yang bermartabat.
- b. Komunikator harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda-beda, karena itu komunikator perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan tiap individu.
- c. Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini komunikator harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.
- d. Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternative pemecahan masalah. Hubungan saling percaya antara komunikator dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik (Fusfitasari, 2020).

8. Komunikasi dan hubungan terapeutik dalam keperawatan

a. Sikap Perawat dalam Berkomunikasi

Sikap sebagai kehadiran perawat dalam berkomunikasi agar terapeutik klien mempunyai peran yang penting untuk tercapainya tujuan komunikasi/interaksi (hubungan). Sikap (kehadiran) yang harus ditunjukkan perawat dalam berkomunikasi terapeutik ada dua, yaitu sikap (kehadiran) secara fisik dan secara psikologis. Dalam kehadiran secara psikologis, ada dua dimensi, yaitu dimensi respons dan dimensi tindakan (Stuart dan Laraia, 1998). Untuk dapat memahami bagaimana sikap atau kehadiran perawat dalam berkomunikasi/berhubungan secara fisik dan psikologis ini, amati dan pahami lebih dahulu Gambar 2.1. Selanjutnya, bacalah dan pahami uraian beserta contoh-contoh yang diberikan dengan baik.



Skema 2.1 Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik

b. Sikap (Kehadiran) secara Fisik

Sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik sebagai berikut.

1) Berhadapan

Posisi berhadapan berarti bahwa dalam komunikasi perawat harus menghadap ke klien, tidak boleh membelakangi, atau duduk menyamping. Sikap ini harus dipertahankan pada saat kontak dengan klien. Dengan posisi ini, perawat dapat melihat secara jelas apa yang tampak secara verbal maupun nonverbal klien. Arti posisi ini adalah saya siap membantu Anda.

- 2) Mempertahankan kontak mata
Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi
- 3) Membungkuk ke arah klien
Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu.
- 4) Mempertahankan sikap terbuka
Selama berkomunikasi, perawat tidak melipat kaki atau tangan karena sikap ini menunjukkan keterbukaan perawat dalam berkomunikasi.
- 5) Tetap relaks
Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons pada klien.
- 6) Berjabat tangan
Menunjukkan perhatian dan memberikan kenyamanan pada pasien serta penghargaan atas keberadaannya. Berjabat tangan juga dapat memberi kesan keakraban dan kedekatan antara perawat dan klien.

Dalam berkomunikasi dengan klien, mulai awal sampai akhir hubungan, perawat harus menunjukkan sikap (kehadiran) secara psikologis dengan cara mempertahankan sikap dalam dimensi respons dan dimensi tindakan seperti berikut.

- c. Sikap dalam Dimensi Respons
 - 1) Ikhlas (*Genuiness*): perawat menyatakan dan menunjukkan sikap keterbukaan, jujur, tulus, dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien. Perawat merespons tidak dibuat-buat dan mengekspresikan perasaan yang sesungguhnya secara spontan.
 - 2) Menghargai: perawat menerima klien apa adanya. Sikap tidak menghakimi, tidak mengejek, tidak mengkritik, ataupun tidak menghina; harus ditunjukkan oleh perawat melalui, misalnya, duduk diam menemani klien ketika klien menangis; bersedia menerima permintaan klien untuk berdiskusi atau bercerita tentang pengalaman; bahkan minta maaf atas ucapan dan perilaku perawat yang menyinggung klien.
 - 3) Empati (*empathy*) merupakan kemampuan perawat untuk memasuki pikiran dan perasaan klien sehingga dapat merasakan apa yang sedang dirasakan dan dipikirkan klien. Melalui rasa empati, perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan klien dan selanjutnya membantu klien mengatasi masalahnya.
 - 4) Konkret: perawat menggunakan kata-kata yang spesifik, jelas, dan nyata untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan penyampaian.
- d. Sikap dalam Dimensi Tindakan
Dimensi ini termasuk konfrontasi, kesegaran, pengungkapan diri perawat, katarsis emosional, dan bermain peran (Stuart dan Sundeen, 1998). Dimensi ini harus diimplementasikan dalam konteks kehangatan, penerimaan, dan pengertian yang dibentuk oleh dimensi responsif.

1) Konfrontasi

Pengekspresian perawat terhadap perbedaan perilaku klien yang bermanfaat untuk memperluas kesadaran diri klien. Carkhoff (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1998) mengidentifikasi tiga kategori konfrontasi sebagai berikut.

- a) Ketidaksesuaian antara konsep diri klien (ekspresi klien tentang dirinya) dengan ideal diri (cita-cita/keinginan klien).
- b) Ketidaksesuaian antara ekspresi nonverbal dan perilaku klien.
- c) Ketidaksesuaian antara pengalaman klien dan perawat seharusnya dilakukan secara asertif bukan agresif/marah (konfrontasi). Oleh karena itu, sebelum melakukan konfrontasi, perawat perlu mengkaji, antara lain tingkat hubungan saling percaya dengan klien, waktu yang tepat, tingkat kecemasan, dan kekuatan *koping* klien. Konfrontasi sangat berguna untuk klien yang telah mempunyai kesadaran diri, tetapi perilakunya belum berubah.

2) Kesegeraan

Terjadi jika interaksi perawat-klien difokuskan untuk membantu klien dan digunakan untuk mempelajari fungsi klien dalam hubungan interpersonal lainnya. Perawat sensitif terhadap perasaan klien dan berkeinginan untuk membantu dengan segera.

3) Keterbukaan perawat

Tampak ketika perawat memberikan informasi tentang diri, ide, nilai, perasaan, dan sikapnya sendiri untuk memfasilitasi kerja sama, proses belajar, katarsis, atau dukungan klien. Melalui penelitian yang dilakukan oleh Johnson (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987: 134), ditemukan bahwa peningkatan keterbukaan antara perawatklien menurunkan tingkat kecemasan perawat klien.

4) Katarsis emosional

Klien didorong untuk membicarakan hal-hal yang sangat menggangukannya untuk mendapatkan efek terapeutik. Dalam hal ini, perawat harus dapat mengkaji kesiapan klien untuk mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesulitan mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien.

5) Bermain peran

Membangkitkan situasi tertentu untuk meningkatkan penghayatan klien dalam hubungan antara manusia dan memperdalam kemampuannya untuk melihat situasi dari sudut pandang lain serta memperkenalkan klien untuk mencobakan situasi yang baru dalam lingkungan yang aman.

(Anjaswari, 2016)

9. Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik

Supaya komunikasi yang kita lakukan dapat mencapai tujuan yang diharapkan, seorang perawat harus menguasai teknik-teknik

berkomunikasi agar terapeutik dan menggunakannya secara efektif pada saat berinteraksi dengan klien. Berikut ini teknik komunikasi Stuart & Sundeen (1998) yang dikombinasikan dengan pendapat ahli lainnya, selanjutnya coba praktikkan bersama teman Anda dan mintalah teman Anda memberikan penilaian.

a. Mendengarkan dengan penuh perhatian (*listening*)

Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan nonverbal yang sedang dikomunikasikan. Keterampilan mendengarkan dengan penuh perhatian dapat ditunjukkan dengan sikap berikut.

- 1) Pandang klien ketika sedang bicara.
- 2) Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan.
- 3) Hindarkan gerakan yang tidak perlu.
- 5) Anggukkan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik.
- 6) Condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

b. Menunjukkan penerimaan (*accepting*)

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain, tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Tentu saja sebagai perawat kita tidak harus menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Sikap perawat yang menunjukkan penerimaan dapat diidentifikasi seperti perilaku berikut.

- 1) Mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan.
- 2) Memberikan umpan balik verbal yang menampakkan pengertian.
- 3) Memastikan bahwa isyarat nonverbal cocok dengan komunikasi verbal.
- 4) Menghindarkan untuk berdebat, menghindari mengekspresikan keraguan, atau menghindari untuk mengubah pikiran klien.
- 5) Perawat dapat menganggukkan kepalanya atau berkata “ya” atau “saya mengerti apa yang bapak-ibu inginkan”.

c. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata dalam konteks sosial budaya klien.

d. Mengulang (*restating/repeating*)

Maksud mengulang adalah teknik mengulang kembali ucapan klien dengan bahasa perawat. Teknik ini dapat memberikan makna bahwa perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa

pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut.
Contoh:

K : “Saya tidak nafsu makan, seharian saya belum makan.”

P : “Bapak mengalami gangguan untuk makan?”

- e. *Klarifikasi (clarification)*
Teknik ini dilakukan jika perawat ingin memperjelas maksud ungkapan klien. Teknik ini digunakan jika perawat tidak mengerti, tidak jelas, atau tidak mendengar apa yang dibicarakan klien. Perawat perlu mengklarifikasi untuk menyamakan persepsi dengan klien. Contoh, “Coba jelaskan kembali apa yang Bapak maksud dengan kegagalan hidup?”
- f. *Memfokuskan (focusing)*
Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya memutus pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru. Perawat membantu klien membicarakan topik yang telah dipilih dan penting.
Contoh:
Klien : “Ya, beginilah nasib wanita yang teraniaya seperti saya. Tapi, saya pikir untuk apa saya pikirkan sakit ini?”
Perawat : “Coba ceritakan bagaimana perasaan ibu sebagai wanita.”
- g. *Merefleksikan (reflecting/feedback)*
Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh syarat nonverbal klien. Menyampaikan hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus bertambah memfokuskan atau mengklarifikasi pesan.
Contoh: “Ibu tampak sedih.”
“Apakah Ibu merasa tidak senang apabila Ibu”
- h. *Memberi informasi (informing)*
Memberikan informasi merupakan teknik yang digunakan dalam rangka menyampaikan informasi-informasi penting melalui pendidikan kesehatan. Apabila ada informasi yang ditutupi oleh dokter, perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Setelah informasi disampaikan, perawat memfasilitasi klien untuk membuat keputusan.
- i. *Diam (silence)*
Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisasi pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisasi pikirannya, dan memproses informasi. Bagi perawat, diam berarti memberikan kesempatan klien untuk berpikir dan berpendapat/berbicara.
- j. *Identifikasi tema (theme identification)*

Identifikasi tema adalah menyimpulkan ide pokok/utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan berikutnya. Teknik ini penting dilakukan sebelum melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

Contoh:

“Saya paham terhadap masalah Ibu. Ibu merasa bahwa anak-anak dewasa dan semua telah meninggalkan Ibu sendirian di rumah. Terkait masalah ini, apa rencana yang akan Ibu lakukan untuk mengatasi masalah?”

k. Memberikan penghargaan (*reward*)

Menunjukkan perubahan yang terjadi pada klien adalah upaya untuk menghargai klien. Penghargaan tersebut jangan sampai menjadi beban bagi klien yang berakibat klien melakukan segala upaya untuk mendapatkan pujian.

Contoh:

“Saya perhatikan Ibu sudah lebih segar dan sehat.”

“Selamat, ya. Semoga Ibu dapat segera sembuh” (*reward*).

l. Menawarkan diri

Klien mungkin belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti. Sering kali perawat hanya menawarkan kehadirannya, rasa tertarik, dan teknik komunikasi ini harus dilakukan tanpa pamrih.

Contoh: “Saya ingin Anda merasa tenang dan nyaman.”

m. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Perawat dapat berperan dalam menstimulasi klien untuk mengambil inisiatif dalam membuka pembicaraan.

Contoh:

“Adakah sesuatu yang ingin Ibu bicarakan?”

“Apakah yang sedang Ibu pikirkan?”

“Dari mana Ibu ingin mulai pembicaraan ini?”

n. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Hal ini merupakan teknik mendengarkan yang aktif, yaitu perawat menganjurkan atau mengarahkan pasien untuk terus bercerita. Teknik ini mengindikasikan bahwa perawat sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan klien dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

Contoh:

“... lanjutkan Ibu” “... dan kemudian ...?”

“Ceritakan kepada saya tentang itu”

o. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan serta menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

Contoh: “Bagaimana menurutmu?” atau “Bagaimana perasaanmu?”

Dengan teknik ini dapat diindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga.

p. Humor

Humor yang dimaksud adalah humor yang efektif. Humor ini bertujuan untuk menjaga keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi. Perawat harus hati-hati dalam menggunakan teknik ini karena ketidaktepatan penggunaan waktu dapat menyinggung perasaan klien yang berakibat pada ketidakpercayaan klien kepada perawat.

10. Hambatan Komunikasi Terapeutik dan Cara Mengatasi Hambatan Komunikasi

- a. Adanya perbedaan persepsi.
- b. Terlalu cepat menyimpulkan.
- c. Adanya pandangan stereotipe.
- d. Kurangnya pengetahuan.
- e. Kurangnya minat.
- f. Sulit mengekspresikan diri.
- g. Adanya emosi.
- h. Adanya tipe kepribadian tertentu.

Supaya komunikasi mencapai tujuan yang diharapkan, perawat harus dapat mengeliminasi hambatan-hambatan tersebut dalam rangka mengatasi hambatan dalam komunikasi tersebut. Upaya-upaya yang dapat dilakukan perawat sebagai berikut.

- a. Mengecek kembali maksud yang disampaikan.
- b. Meminta penjelasan lebih lanjut.
- c. Mengecek umpan balik.
- d. Mengulangi pesan yang disampaikan dan memperkuat informasi dengan bahasa nonverbal.
- e. Mengakrabkan hubungan interpersonal antara *sender* dan *receiver*.
- f. Pesan dibuat secara singkat, jelas, dan tepat.
- g. Memfokuskan pesan pada topik spesifik yang telah dipilih. Komunikasi dilakukan dengan berfokus pada penerima pesan bukan pada pengirim pesan.

(Anjaswari, 2016)

B. Kecemasan

1. Pengertian

Menurut Stuart dan Sundeen (2016) kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak. Karakteristik kecemasan ini yang membedakan dari rasa takut. Menurut Kaplan, Saddock, dan Grebb (2010) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal normal yang terjadi yang disertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru, serta dalam menemukan identitas diri dan hidup. Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai

ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis. Kecemasan dalam pandangan kesehatan juga merupakan suatu keadaan yang menggoncang karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

Menurut Zakariah (2015) kecemasan adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan yang digambarkan dengan kegelisahan atau ketegangan dan tanda – tanda hemodinamik yang abnormal sebagai konsekuensi dari stimulasi simpatik, parasimpatik dan endokrin. Kecemasan ini terjadi segera setelah prosedur bedah direncanakan. Menurut Rachmad (2009) kecemasan timbul karena adanya sesuatu yang tidak jelas atau tidak diketahui sehingga muncul perasaan yang tidak tenang, rasa khawatir, atau ketakutan. Menurut Ratih (2012) kecemasan merupakan perwujudan tingkah laku psikologis dan berbagai pola perilaku yang timbul dari perasaan kekhawatiran subjektif dan ketegangan (Anita, 2018).

2. Teori – teori kecemasan

Konsep kecemasan berkembangnya dari zaman dahulu sampai sekarang. Masing – masing model mengembangkan beberapa teori tertentu dari fenomena kecemasan. Teori-teori ini saling diperlukan untuk memahami kecemasan secara komprehensif. Berikut beberapa teori kecemasan yaitu :

a. Teori genetik

Pada sebagian manusia yang menunjukkan kecemasan, riwayat hidup dan riwayat keluarga merupakan predisposisi untuk berperilaku cemas. Sejak kanak – kanak mereka merasa risau, takut dan merasa tidak pasti tentang sesuatu yang bersifat sehari – hari. Riwayat keluarga dan anak kembar menunjukkan faktor genetik ikut berperan dalam gangguan kecemasan.

b. Teori katekolamin

Situasi – situasi yang ditandai oleh sesuatu yang baru, ketidakpastian perubahan lingkungan, biasanya menimbulkan peningkatan sekresi adrenalin (epinefrin) yang berkaitan dengan intensitas reaksi – reaksi yang subjektif, yang ditimbulkan oleh kondisi yang merangsangnya. Teori ini menyatakan bahwa reaksi cemas berkaitan dengan peningkatan Kadar katekolamin yang beredar dalam badan.

c. Teori James – Lange

Kecemasan adalah jawaban terhadap rangsangan fisik perifer, seperti peningkatan denyut jantung dan pernapasan.

d. Teori psikoanalisa

Kecemasan berasal dari *impulse anxiety*, ketakutan berpisah (*separation anxiety*), kecemasan kastrisi (*castration anxiety*) dan ketakutan terhadap perasaan berdosa yang menyiksa (*superego anxiety*).

e. Teori perilaku atau teori belajar

Teori ini menyatakan bahwa kecemasan dapat dipandang sebagai sesuatu yang dikondisikan oleh ketakutan terhadap rangsangan lingkungan yang spesifik. Jadi kecemasan disini dipandang sebagai suatu respon yang terkondisi atau respon yang diperoleh melalui proses belajar.

- f. Teori perilaku kognitif
Kecemasan adalah bentuk penderitaan yang berasal dari pola pikir maladaptif.
- g. Teori belajar sosial
Kecemasan dapat dibentuk oleh pengaruh tokoh – tokoh penting masa kanak – kanak.
- h. Teori sosial
Kecemasan sebagai suatu respon terhadap stressor lingkungan, seperti pengalaman – pengalaman hidup yang penuh dengan ketegangan.
- i. Teori eksistensi
Kecemasan sebagai suatu ketakutan terhadap ketidakberdayaan dirinya dan respon terhadap kehidupan yang hampa dan tidak berarti.
(Anita, 2018)

3. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2009) ada 4 tingkat kecemasan yaitu:

- a. Kecemasan ringan
Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari – hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- b. Kecemasan sedang
Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah.
- c. Kecemasan berat
Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain.
- d. Panik (kecemasan sangat berat)
Berhubungan dengan ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Kecemasan yang dialami akan memberikan berbagai respon yang dapat dimanifestasikan pada respon fisiologis, respon kognitif dan respon perilaku yang tergambar pada tabel di bawah ini menurut Stuart (2009):

Tingkat Kecemasan Fisiologis	Ringan	Sedang	Berat	Panik
Tekanan Darah (TD)	TD tidak ada perubahan	TD meningkat	TD meningkat	TD meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak berubah	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal

Tabel 2.1 Tingkat Respon Kecemasan

(Anita, 2018)

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan

Sedangkan faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Kaplan dan Sadock (2010) adalah :

a. Faktor – faktor intrinsik antara lain :

1) Usia pasien

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada usia 21 – 45 tahun. Semakin bertambahnya usia, kematangan psikologi individu semakin baik, artinya semakin matang psikologi seseorang maka akan semakin baik pula adaptasi terhadap kecemasan.

2) Pengalaman pasien menjalani pengobatan

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman – pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa – masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

3) 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.

b. Faktor – faktor ekstrinsik antara lain :

1) Kondisi medis (diagnosis penyakit)

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 pasien. Sebaliknya pada pasien dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

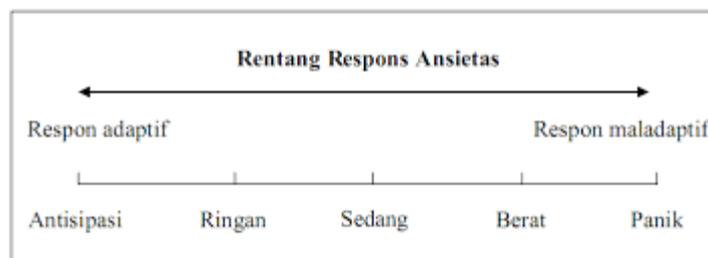
2) Tingkat pendidikan

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.

- 3) Akses informasi
Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya.
- 4) 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 dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.
- 5) Tingkat sosial ekonomi
Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik.
- 6) Komunikasi terapeutik
Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Respon kecemasan yang dapat diturunkan melalui proses komunikasi terapeutik adalah respon-respon yang terkait psikologis yaitu perasaan tak berdaya dan perasaan tidak berharga (takut ditolak).

5. Rentang respon kecemasan



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

a. Respon adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain

dengan bekerja kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

b. Respon maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping ulang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi dan penyalahgunaan obat terlarang. (Anita, 2018)

6. Alat ukur kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali menggunakan alat ukur (*instrument*) *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS – A): Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok, dengan gejala masing masing kelompok dirinci lagi dengan gejala – gejala yang lebih spesifik. Petunjuk penggunaan alat ukur HRS – A adalah : penilaian 0 = tidak ada (tidak ada gejala sama sekali); 1 = ringan (satu gejala dari pilihan yang ada); 2 = sedang (separuh dari gejala yang ada); 3 = berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada); 4 = sangat berat (semua gejala yang ada). Penilaian kecemasan skor < 6 = tidak ada kecemasan, skor 7 – 14 = kecemasan ringan, skor 15 – 27 = kecemasan sedang, skor > 27 = kecemasan berat.

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang dikutip Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- e. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g. Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- i. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering mearik napas panjang dan merasa napas pendek.
- k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sudah makan, perasaan panas di perut.

- l. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorea, ereksi lemah atau impotensi.
- m. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan nafas pendek dan cepat.

Nilai	Kategori
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang/separuh dari gejala yang ada
3	Berat/lebih dari ½ gejala yang ada
4	Sangat berat semua gejala ada

Tabel 2.1 Cara penilaian kecemasan

Skor	Hasil
< 14	Tidak ada kecemasan
14-20	Kecemasan ringan
21-27	Kecemasan sedang
28-41	Kecemasan berat
42-56	Kecemasan berat sekali/panik

Tabel 2.2 Penentuan derajat kecemasan

(Anita, 2018)

7. Hal – hal yang dapat mengurangi / menurunkan kecemasan

- a. Penatalaksanaan farmakologi
Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti kecemasan nonbenzodiazepine, seperti buspiron (Buspar) dan berbagai antidepresan juga digunakan.
- b. Penatalaksanaan non farmakologi
Banyak pilihan terapi non farmakologi yang merupakan tindakan mandiri perawat dengan berbagai keuntungan diantaranya tidak menimbulkan efek samping, *simple* dan tidak berbiaya mahal. Perawat dapat melakukan terapi – terapi seperti terapi relaksasi, distraksi, meditasi, imajinasi. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Terapi relaksasi memiliki berbagai macam yaitu latihan nafas dalam, masase, relaksasi progresif, imajinasi, *biofeedback*, yoga, meditasi, sentuhan terapeutik, terapi musik, serta humor dan tawa.

C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

1. Pengertian

Coronavirus merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Pada manusia biasanya menyebabkan

penyakit infeksi saluran pernapasan, mulai flu biasa hingga penyakit yang serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan Sindrom Pernafasan Akut Berat/ *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Coronavirus jenis baru yang ditemukan pada manusia sejak kejadian luar biasa muncul di Wuhan Cina, pada Desember 2019, kemudian diberi nama Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV2), dan menyebabkan penyakit *Coronavirus Disease-2019* (COVID-19) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

2. Tanda dan gejala

Gejala umum berupa demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, batuk kering, dan sesak napas. Jika ada orang yang dalam 14 hari sebelum muncul gejala tersebut pernah melakukan perjalanan ke negara terjangkit, atau pernah merawat/kontak erat dengan penderita COVID-19, maka terhadap orang tersebut akan dilakukan pemeriksaan laboratorium lebih lanjut untuk memastikan diagnosis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Manifestasi klinis pasien COVID-19 memiliki spektrum yang luas, mulai dari tanpa gejala (asimtomatik), gejala ringan, pneumonia, pneumonia berat, ARDS, sepsis, hingga syok sepsis. Sekitar 80% kasus tergolong ringan atau sedang, 13,8% mengalami sakit berat, dan sebanyak 6,1% pasien jatuh ke dalam keadaan kritis. Berapa besar proporsi infeksi asimtomatik belum diketahui. 21 Viremia dan viral load yang tinggi dari swab nasofaring pada pasien yang asimtomatik telah dilaporkan.

Gejala ringan didefinisikan sebagai pasien dengan infeksi akut saluran napas atas tanpa komplikasi, bisa disertai dengan demam, fatigue, batuk (dengan atau tanpa sputum), anoreksia, malaise, nyeri tenggorokan, kongesti nasal, atau sakit kepala. Pasien tidak membutuhkan suplementasi oksigen. Pada beberapa kasus pasien juga mengeluhkan diare dan muntah seperti. Pasien COVID-19 dengan pneumonia berat ditandai dengan demam, ditambah salah satu dari gejala:

- a. Frekuensi pernapasan >30 x/menit
- b. Distres pernapasan berat
- c. Saturasi oksigen 93% tanpa bantuan oksigen.

Pada pasien geriatri dapat muncul gejala-gejala yang atipikal.

Sebagian besar pasien yang terinfeksi SARS-CoV-2 menunjukkan gejala-gejala pada sistem pernapasan seperti demam, batuk, bersin, dan sesak napas. Berdasarkan data 55.924 kasus, gejala tersering adalah demam, batuk kering, dan fatigue. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah batuk produktif, sesak napas, sakit tenggorokan, nyeri kepala, mialgia/artralgia, menggigil, mual/muntah, kongesti nasal, diare, nyeri abdomen, hemoptisis, dan kongesti konjungtiva. Lebih dari 40% demam pada pasien COVID-19 memiliki suhu puncak antara $38,1-39^{\circ}\text{C}$, sementara 34% mengalami demam suhu lebih dari 39°C . 3 Perjalanan penyakit dimulai dengan masa inkubasi yang lamanya sekitar 3-14 hari (median 5 hari).

Pada masa ini leukosit dan limfosit masih normal atau sedikit menurun dan pasien tidak bergejala. Pada fase berikutnya (gejala awal),

Virus menyebar melalui aliran darah, diduga terutama pada jaringan yang mengekspresi ACE2 seperti paru-paru, saluran cerna dan jantung. Gejala pada fase ini umumnya ringan. Serangan kedua terjadi empat hingga tujuh hari setelah timbul gejala awal. Pada saat ini pasien masih demam dan mulai sesak, lesi di paru memburuk, limfosit menurun. Penanda Inflamasi mulai meningkat dan mulai terjadi hiperkoagulasi. Jika tidak teratasi, fase selanjutnya Inflamasi makin tak terkontrol, terjadi badai sitokin yang mengakibatkan ARDS, sepsis, dan komplikasi lainnya (Pakpahan, 2022).

3. Beresiko terinfeksi Covid-19

Orang yang tinggal atau bepergian di daerah di mana virus COVID-19 bersirkulasi sangat mungkin berisiko terinfeksi. Mereka yang terinfeksi adalah orang-orang yang dalam 14 hari sebelum muncul gejala melakukan perjalanan dari negara terjangkit, atau yang kontak erat, seperti anggota keluarga, rekan kerja atau tenaga medis yang merawat pasien sebelum mereka tahu pasien tersebut terinfeksi COVID-19. Petugas kesehatan yang merawat pasien yang terinfeksi COVID-19 berisiko lebih tinggi dan harus konsisten melindungi diri mereka sendiri dengan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi yang tepat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

4. Transmisi

Saat ini, penyebaran SARS-CoV-2 dari manusia ke manusia menjadi sumber transmisi utama sehingga penyebaran menjadi lebih agresif. Transmisi SARS-CoV-2 dari pasien simptomatik terjadi melalui *droplet* yang keluar saat batuk atau bersin. Selain itu, telah diteliti bahwa SARS-CoV-2 dapat variable pada aerosol (dihasilkan melalui *nebulizer*) selama setidaknya 3 jam. Beberapa laporan kasus menunjukkan dugaan penularan dari karier asimtomatis, namun mekanisme pastinya belum diketahui. Kasus-kasus terkait transmisi dari karier asimtomatis umumnya memiliki riwayat kontak erat dengan pasien COVID-19. Beberapa peneliti melaporkan infeksi SARS-CoV-2 pada neonates. Namun, transmisi secara vertikal dari ibu hamil kepada janin belum terbukti pasti dapat terjadi. Bila memang dapat terjadi, data menunjukkan peluang transmisi vertikal tergolong kecil. Pemeriksaan virology cairan amnion, darah tali pusat, dan air susu ibu pada ibu yang positif COVID-19 ditemukan negatif.

SARS-CoV-2 telah terbukti menginfeksi saluran cerna berdasarkan hasil biopsi pada sel epitel gaster, duodenum, dan rectum. Virus dapat terdeteksi di feses, bahkan ada 23% pasien yang dilaporkan virusnya tetap terdeteksi dalam feses walaupun sudah tidak terdeteksi pada sampel saluran nafas. Kedua fakta ini menguatkan dugaan kemungkinan transmisi secara fekal-oral.

Stabilitas SARS-COV-2 pada benda mati tidak berbeda jauh dibandingkan SARS-CoV. Eksperimen yang dilakukan menunjukkan SARS-CoV-2 lebih stabil pada bahan plastic dan *stainless steel* (>72 jam) dibandingkan tembaga (4 jam) dan kardus (24 jam). Studi lain di Singapura menemukan pencemaran lingkungan yang ekstensif pada kamar dan toilet pasien COVID-19 dengan gejala ringan. Virus dapat dideteksi di gagang

pintu, dudukan toilet, tombol lampu, jendela, lemari, hingga kipas ventilasi, namun tidak pada sampel udara.

Masa inkubasi COVID_19 rata-rata 5-6 hari, dengan *range* antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala. Bahwa 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik. Penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan. Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter >5-10 μm . Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misalnya, Stetoskop atau termometer).

Dalam konteks COVID-19, transmisi melalui udara dapat dimungkinkan dalam keadaan khusus dimana prosedur atau perawatan suportif yang menghasilkan aerosol seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, suction terbuka, pemberian pengobatan nebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah pasien ke posisi tengkurap, memutus koneksi ventilator, ventilasi tekanan positif non-invasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner. masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai transmisi melalui udara.

a. Transmisi kontak dan droplet

Transmisi SARS-CoV-2 dapat terjadi melalui kontak langsung, kontak tidak langsung, atau kontak erat dengan orang yang terinfeksi melalui sekresi seperti air liur dan sekresi saluran pernapasan atau droplet saluran napas yang keluar saat orang yang terinfeksi batuk, bersin, berbicara, atau menyanyi. (2-10) *Droplet* saluran napas memiliki ukuran diameter >5-10 μm sedangkan droplet yang berukuran diameter $\leq 5 \mu\text{m}$ disebut sebagai *droplet* nuclei atau aerosol. (11) Transmisi *droplet* saluran napas dapat terjadi ketika seseorang melakukan kontak erat (berada dalam jarak 1 meter) dengan orang terinfeksi yang mengalami gejala-gejala pernapasan (seperti

batuk atau bersin) atau yang sedang berbicara atau menyanyi, dalam keadaan-keadaan ini, droplet saluran napas yang mengandung virus dapat mencapai mulut, hidung, mata orang yang rentan dan dapat menimbulkan infeksi. Transmisi kontak tidak langsung di mana terjadi kontak antara inang yang rentan dengan benda atau permukaan yang terkontaminasi (transmisi fomit) juga dapat terjadi (dibahas di bawah).

b. Transmisi melalui udara

Transmisi melalui udara didefinisikan sebagai penyebaran agen infeksius yang diakibatkan oleh penyebaran *droplet nuclei* (aerosol) yang tetap infeksius saat melayang di udara dan bergerak hingga jarak yang jauh. Transmisi SARS-CoV-2 melalui udara dapat terjadi selama pelaksanaan prosedur medis yang menghasilkan aerosol (“prosedur yang menghasilkan aerosol”). WHO, bersama dengan kalangan ilmuwan, terus secara aktif mendiskusikan dan mengevaluasi apakah SARS-CoV-2 juga dapat menyebar melalui aerosol, dimana prosedur yang menghasilkan aerosol tidak dilakukan terutama di tempat dalam ruangan dengan ventilasi yang buruk.

Pemahaman akan fisika embusan udara dan fisika aliran Udara telah menghasilkan hipotesis-hipotesis tentang kemungkinan mekanisme transmisi SARS-CoV-2 melalui aerosol. Hipotesis, hipotesis ini mengindikasikan bahwa 1) sejumlah droplet Saluran, napas menghasilkan aerosol (<5 um) melalui penguapan dan 2) proses normal bernapas dan berbicara menghasilkan aerosol yang diembuskan. Karena itu, orang yang rentan dapat menghirup aerosol dan dapat menjadi terinfeksi jika aerosol tersebut mengandung virus dalam jumlah yang cukup untuk menyebabkan infeksi pada orang yang menghirupnya. Namun, proporsi droplet nuclei yang diembuskan atau proporsi droplet saluran napas yang menguap dan menghasilkan aerosol, serta dosis SARS-CoV-2 hidup yang diperlukan untuk menyebabkan infeksi pada orang lain tidak diketahui, sedangkan untuk kasus virus-virus saluran pernapasan lain proporsi dan dosis ini telah diteliti. Suatu penelitian eksperimen mengukur jumlah droplet berbagai ukuran yang tetap melayang di udara (airborne) selama kegiatan berbicara biasa. Namun, para penulisnya mengakui bahwa pengukuran ini merupakan hipotesis aksi independen (independent action hypothesis), yang belum divalidasi untuk manusia dan SARS-CoV-2.

Salah satu penelitian eksperimental yang menghasilkan sampel aerosol infeksius menggunakan nebulisator jet berdaya tinggi dalam kondisi laboratorium yang terkontrol menemukan adanya RNA virus SARS-CoV-2 di dalam aerosol pada sampel udara yang bertahan hingga 3 jam (21). Penelitian sejenis lain menemukan RNA virus ini bertahan hingga 16 jam dan menemukan virus hidup yang dapat bereplikasi. (22) Temuan-temuan ini berasal dari aerosol hasil eksperimen yang tidak mewakili kondisi batuk biasa pada manusia

c. Transmisi fomit

Sekresi saluran pernapasan atau droplet yang dikeluarkan oleh orang yang terinfeksi dapat mengontaminasi permukaan dan benda, sehingga terbentuk fomit (permukaan yang terkontaminasi), Virus dan/atau SARS-CoV-2 yang hidup dan terdeteksi melalui RT-PCR dapat ditemui di permukaan-permukaan tersebut selama berjam-jam hingga berhari-hari, tergantung lingkungan sekitarnya (termasuk suhu dan kelembapan) dan jenis permukaan. Konsentrasi virus dan/atau RNA ini lebih tinggi di fasilitas pelayanan kesehatan di mana pasien COVID-19 diobati. Karena itu, transmisi juga dapat terjadi secara tidak langsung melalui lingkungan sekitar atau benda-benda yang terkontaminasi virus dari orang yang terinfeksi . (misalnya, stetoskop atau termometer), yang dilanjutkan dengan sentuhan pada mulut, hidung, atau mata.

Meskipun terdapat bukti-bukti yang konsisten atas kontaminasi SARS-CoV-2 pada permukaan dan bertahannya virus ini pada permukaan-permukaan tertentu, tidak ada laporan spesifik yang secara langsung mendemonstrasikan penularan fomit. Orang yang berkontak dengan permukaan yang mungkin infeksius sering kali juga berkontak erat dengan orang yang infeksius, sehingga transmisi droplet saluran napas dan transmisi fomit sulit dibedakan. Namun, transmisi fomit dipandang sebagai moda transmisi SARS-CoV-2 yang mungkin karena adanya temuan-temuan yang konsisten mengenai kontaminasi lingkungan sekitar kasus-kasus yang terinfeksi dan karena transmisi jenis-jenis coronavirus lain dan virus-virus saluran pernapasan lain dapat terjadi dengan cara ini (Pakpahan, 2022).

5. Patogenesis

SARS-CoV-2 masuk ke dalam sel melalui reseptor *angiotensin converting enzyme 2* (Ace2). Pada paru manusia, reseptor ini diekspresikan oleh sel epitel alveolar tipe I dan II. Diantara kedua sel ini 83% sel alveolar tipe II mengekspresikan Ace2 sehingga sel ini merupakan target utama dari SARS-CoV-2. Masuknya virus ke reseptor ini kemudian akan menyebabkan ekspresi Ace2 meningkat yang kemudian menyebabkan kerusakan sel alveolar. Kerusakan ini kemudian akan membangkitkan respon reaksi sistemik yang berat dan bahkan kematian. Respon imun inilah yang menyebabkan kondisi klinis berat seperti sepsis.

Patogenesis SARS-CoV-2 masih belum banyak diketahui, tetapi, diduga tidak jauh berbeda dengan SARS-CoV yang sudah lebih banyak diketahui. Pada manusia, SARS-CoV-2 terutama menginfeksi sel-sel pada Saluran napas yang melapisi alveoli. SARS-CoV-2 akan berikatan dengan reseptor-reseptor dan membuat jalan masuk ke dalam sel. Glikoprotein yang terdapat pada envelope spike virus akan berikatan dengan reseptor selular berupa ACE2 pada SARS-CoV-2. Di dalam sel, SARS-CoV-2 melakukan duplikasi materi genetik dan mensintesis protein-protein yang dibutuhkan, kemudian membentuk virion baru yang muncul di permukaan sel. Sama dengan SARS-CoV, pada SARS-CoV-2 diduga setelah virus

masuk ke dalam sel, genom RNA virus akan dikeluarkan ke sitoplasma sel dan ditranslasikan menjadi dua poliprotein dan protein struktural. Selanjutnya, genom virus akan mulai untuk bereplikasi. Glikoprotein pada selubung virus yang baru terbentuk masuk ke dalam membran retikulum endoplasma atau Golgi sel. Terjadi pembentukan nukleokapsid yang tersusun dari genom RNA dan protein nukleokapsid. Partikel virus akan tumbuh ke dalam retikulum endoplasma dan Golgi sel. Pada tahap akhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan bergabung dengan membran plasma untuk melepaskan komponen virus yang baru.

Pada SARS-CoV, Protein S dilaporkan sebagai determinan yang signifikan dalam masuknya virus ke dalam sel pejamu. Telah diketahui bahwa masuknya SARS-CoV ke dalam sel dimulai dengan fusi antara membran virus dengan plasma membran dari sel. Pada proses ini, protein S2' berperan penting dalam proses pembelahan proteolitik yang memediasi terjadinya proses fusi membran. Selain fusi membran, terdapat juga clathrin-independent dan clathrin-independent endocytosis yang memediasi masuknya SARS-CoV ke dalam sel pejamu.

Faktor virus dan pejamu memiliki peran dalam infeksi SARS-CoV. Efek sitopatik virus dan kemampuannya mengalahkan respons imun menentukan keparahan infeksi. Disregulasi sistem imun kemudian berperan dalam kerusakan jaringan pada infeksi SARS-CoV-2. Respons imun yang tidak adekuat menyebabkan replikasi virus dan kerusakan jaringan. Di sisi lain, respons imun yang berlebihan dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Respons imun yang disebabkan oleh SARS-CoV-2 juga belum sepenuhnya dapat dipahami, namun dapat dipelajari dari mekanisme yang ditemukan pada SARS-CoV dan MERS-CoV. Ketika virus masuk ke dalam sel, antigen virus akan dipresentasikan ke *antigen presentation cells* (APC). Presentasi antigen virus terutama bergantung pada molekul *major histocompatibility complex* (MHC) kelas I. Namun, MHC kelas II juga turut berkontribusi. Presentasi antigen selanjutnya menstimulasi respons imunitas humoral dan selular tubuh yang dimediasi oleh sel T dan sel B yang spesifik terhadap virus. Pada respons imun humoral terbentuk IgM dan IgG terhadap SARS-CoV. IgM terhadap SARS-CoV hilang pada akhir minggu ke-12 dan IgG dapat bertahan jangka panjang. Hasil penelitian terhadap pasien yang telah sembuh dari SARS menunjukkan setelah 4 tahun dapat ditemukan sel T CD4+ dan CD8+ memori yang spesifik terhadap SARS-CoV, tetapi jumlahnya menurun secara bertahap tanpa adanya antigen (Pakpahan, 2022).

6. Faktor Risiko

Berdasarkan data yang sudah ada, penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki diduga terkait dengan prevalensi perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2. Pengguna penghambat ACE (ACE-I) atau angiotensin receptor blocker (ARB) berisiko mengalami COVID-

19 yang lebih berat. Terkait dugaan ini, European Society of Cardiology (ESC) menegaskan bahwa belum ada bukti meyakinkan untuk menyimpulkan manfaat positif atau negatif obat golongan ACE-i atau ARB, sehingga pengguna kedua jenis obat ini sebaiknya tetap melanjutkan pengobatannya.

Pasien kanker dan penyakit hati kronik lebih rentan terhadap infeksi SARS-CoV-2. Kanker diasosiasikan dengan reaksi immunosupresif, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel dendritik. Pasien dengan sirosis atau penyakit hati kronik juga mengalami penurunan respons imun, sehingga lebih mudah terjangkit COVID-19, dan dapat mengalami luaran yang lebih buruk. 10 pasien di antaranya adalah dengan kanker dan pasien dengan hepatitis B. Infeksi saluran napas akut yang menyerang pasien HIV umumnya memiliki risiko mortalitas yang lebih besar dibanding pasien yang tidak HIV. Namun, hingga saat ini belum ada studi yang mengaitkan HIV dengan infeksi SARS-CoV-2. Hubungan infeksi SARS-CoV-2 dengan hipersensitivitas dan penyakit autoimun juga belum dilaporkan. Belum ada studi yang menghubungkan riwayat penyakit asma dengan kemungkinan terinfeksi SARS-CoV-2. Namun, studi meta-analisis yang dilakukan oleh Yang, dkk.⁵² menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan riwayat penyakit sistem respirasi akan cenderung memiliki manifestasi klinis yang lebih parah.

Beberapa faktor risiko lain yang ditetapkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) adalah kontak erat, termasuk tinggal satu rumah dengan pasien COVID-19 dan riwayat perjalanan ke area terjangkit. Berada dalam satu lingkungan namun tidak kontak dekat (dalam radius 2 meter) dianggap sebagai risiko rendah. Tenaga medis merupakan salah satu populasi yang berisiko tinggi tertular. Di Italia, sekitar 9% kasus COVID-19 adalah tenaga medis. Di China, lebih dari 3.300 tenaga medis juga terinfeksi, dengan mortalitas sebesar 0,6% (Pakpahan, 2022).

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium lain seperti hematologi rutin, hitung jenis, fungsi ginjal, elektrolit, analisis gas darah, hemostasis, laktat, dan prokalsitonin dapat dikerjakan sesuai dengan indikasi, Trombositopenia juga kadang dijumpai, sehingga kadang diduga sebagai pasien dengue. Di Singapura melaporkan adanya pasien positif palsu serologi dengue, yang kemudian diketahui positif COVID-19. Karena gejala awal COVID-19 tidak khas, hal ini harus diwaspadai.

Pengambilan dan pemeriksaan spesimen dari pasien yang memenuhi definisi kasus suspek COVID-19 merupakan prioritas untuk manajemen klinis/pengendalian wabah, harus dilakukan secara cepat. Spesimen tersebut dilakukan pemeriksaan dengan metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti RT-PCR (termasuk Tes Cepat Molekuler/TCM yang digunakan untuk

pemeriksaan TB dan mesin PCR Program HIV AIDS dan PIMS yang digunakan untuk memeriksa *Viral Load* HIV).

Hasil tes pemeriksaan negatif pada spesimen tunggal, terutama jika spesimen berasal dari saluran pernapasan atas, tidak menyingkirkan kemungkinan tidak adanya infeksi. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan hasil negatif pada pasien yang terinfeksi meliputi:

- 1) Kualitas spesimen yang tidak baik, mengandung sedikit material virus.
- 2) Spesimen yang diambil pada masa akhir infeksi atau masih sangat awal.
- 3) Spesimen tidak dikelola dan tidak dikirim dengan transportasi yang tepat.
- 4) Kendala teknis yang dapat menghambat pemeriksaan RT-PCR (seperti mutasi pada virus).

Jika hasil negatif didapatkan dari pasien dengan kecurigaan tinggi suspek terinfeksi virus COVID-19 maka perlu dilakukan pengambilan dan pengujian spesimen berikutnya, termasuk spesimen saluran pernapasan bagian bawah (lower respiratory tract). Koinfeksi dapat terjadi sehingga pasien yang memenuhi kriteria suspek harus dilakukan pemeriksaan COVID-19 meskipun patogen lain ditemukan (Pakpahan, 2022).

b. Pencitraan

Modalitas pencitraan utama yang menjadi pilihan adalah foto toraks dan *Computed Tomography Scan* (CT-scan) toraks. Pada foto toraks dapat ditemukan gambaran seperti *opasifikasi groundglass*, infiltrat, penebalan peribronkial, konsolidasi fokal, efusi pleura, dan atelectasis. Foto toraks kurang sensitif dibandingkan CT scan, karena sekitar 40% kasus tidak ditemukan kelainan pada foto toraks. Studi dengan USG toraks menunjukkan pola B yang difus sebagai temuan utama. Konsolidasi subpleural posterior juga ditemukan walaupun jarang. Studi lain mencoba menggunakan 18F-FDG PET/CT, namun dianggap kurang praktis untuk praktik sehari-hari. Berdasarkan telaah sistematis temuan utama pada CT scan toraks adalah opasifikasi ground-glass (88%), dengan atau tanpa konsolidasi, sesuai dengan pneumonia viral. Keterlibatan paru cenderung bilateral (87,5%), multilobular (78,8%), lebih sering pada lobus inferior dengan distribusi lebih perifer (76%). Penebalan septum, penebalan pleura, bronkiektasis, dan keterlibatan pada Subpleurai tidak banyak ditemukan.

Gambaran CT scan yang lebih jarang ditemukan yaitu efusi pleura, efusi perikardium, limfadenopati, kavitas, CT halo sign, dan pneumotoraks. Walaupun gambaran-gambaran tersebut bersifat jarang, namun bisa saja ditemui seiring dengan progresivitas penyakit. Studi ini juga melaporkan bahwa pasien di atas 50 tahun lebih sering

memiliki gambaran konsolidasi. Gambaran CT scan dipengaruhi oleh perjalanan klinis:

- 1) Pasien asimtomatis: cenderung unilateral, multifokal, pre dominan gambaran *ground-glass*. Penebalan septum interlobularis, efusi pleura, dan limfadenopati jarang ditemukan.
 - 2) Satu minggu sejak onset gejala: lesi bilateral dan difus, dominan gambaran *ground-glass*. Efusi pleura 5%, limfadenopati 10%.
 - 3) Dua minggu sejak onset gejala: masih dominan gambaran *ground-glass*, namun mulai terdeteksi konsolidasi
 - 4) Tiga minggu sejak onset gejala: dominan gambaran *ground-glass* dan pola retikular. Dapat ditemukan bronkiektasis, penebalan pleura, efusi pleura, dan limfadenopati.
- (Pakpahan, 2022)

c. Pemeriksaan Diagnostik SARS-CoV-2

1) Pemeriksaan Antigen-Antibodi

Ada beberapa perusahaan yang mengklaim telah mengembangkan uji serologi untuk SARS-CoV-2, namun hingga saat ini belum banyak artikel hasil penelitian alat uji serologi yang dipublikasi. Salah satu kesulitan utama dalam melakukan uji diagnostik tes cepat yang sah adalah memastikan negatif palsu, karena angka deteksi virus pada rRT-PCR sebagai baku emas tidak ideal. Selain itu, perlu mempertimbangkan onset paparan dan durasi gejala sebelum memutuskan pemeriksaan serologi. IgM dan IgA dilaporkan terdeteksi mulai hari 3-6 setelah onset gejala, sementara IgG mulai hari 10-18 setelah onset gejala. Pemeriksaan jenis ini tidak direkomendasikan WHO sebagai dasar diagnosis utama. Pasien negatif serologi masih perlu observasi dan diperiksa ulang bila dianggap ada faktor risiko tertular (Pakpahan, 2022).

2) Pemeriksaan Virologi

Saat ini WHO merekomendasikan pemeriksaan molekuler untuk seluruh pasien yang termasuk dalam kategori suspek. Pemeriksaan pada individu yang tidak memenuhi kriteria suspek atau asimtomatis juga boleh dikerjakan dengan mempertimbangkan aspek epidemiologi, protokol skrining setempat, dan ketersediaan alat. Pengerjaan pemeriksaan molekuler membutuhkan fasilitas dengan biosafety level 2 (BSL-2), sementara untuk kultur minimal BSL-3.76 Kultur virus tidak direkomendasikan untuk diagnosis rutin. Metode yang dianjurkan untuk deteksi virus adalah amplifikasi asam nukleat dengan real-time reversetranscription polymerase chain reaction (rRT-PCR) dan dengan *sequencing*. Sampel dikatakan positif (konfirmasi SARS-CoV-2) bila rRT-PCR positif pada minimal dua target genom (N, E, S, atau RdRP) yang spesifik SARSCoV-2: ATAU rRT-PCR positif betacoronavirus, ditunjang dengan hasil *sequencing* sebagian atau seluruh genom virus yang sesuai dengan SARS-CoV-2. Berbeda dengan WHO, CDC sendiri saat ini hanya

menggunakan primer N dan RP untuk diagnosis molekuler. Food and Drug Administration (FDA) Amerika Serikat juga telah menyetujui penggunaan tes cepat molekuler berbasis GenXpert® yang diberi nama Xpert® Xpress SARS-CoV-2.78 Perusahaan lain juga sedang mengembangkan teknologi serupa. Tes cepat molekuler lebih mudah dikerjakan dan lebih cepat karena prosesnya otomatis sehingga sangat membantu mempercepat deteksi.

Hasil negatif palsu pada tes virologi dapat terjadi bila kualitas pengambilan atau manajemen spesimen buruk, spesimen diambil saat infeksi masih sangat dini, atau gangguan teknis di laboratorium. Oleh karena itu, hasil negatif tidak menyingkirkan kemungkinan infeksi SARS-CoV-2, terutama pada pasien dengan indeks kecurigaan yang tinggi (Pakpahan, 2022).

5) Pengambilan Spesimen

WHO merekomendasikan pengambilan spesimen pada dua lokasi, yaitu dari saluran napas atas (swab nasofaring atau orofaring) atau saluran napas bawah (sputum, bronchoalveolar lavage (BAL), atau aspirat endotrakeal). Sampel diambil selama 2 hari berturut turut untuk PDP dan ODP, boleh diambil sampel tambahan bila ada perburukan klinis. Pada kontak erat risiko tinggi, sampel diambil pada hari 1 dan hari 14. Titer virus lebih tinggi pada sampel nasofaring dibandingkan orofaring. Studi lain melaporkan titer virus dari sampel swab dan sputum memuncak pada hari 4-6 sejak onset gejala. Bronkoskopi untuk mendapatkan sampel BAL merupakan metode pengambilan sampel dengan tingkat deteksi paling baik. Induksi sputum juga mampu meningkatkan deteksi virus pada pasien yang negatif SARS-CoV-2 melalui swab nasofaring/orofaring. Namun, tindakan ini tidak direkomendasikan rutin karena risiko aerosolisasi virus.

Hasil tes pemeriksaan negatif pada spesimen tunggal, terutama jika spesimen berasal dari saluran pernapasan atas, belum tentu mengindikasikan ketiadaan infeksi. Oleh karena itu harus dilakukan pengulangan pengambilan dan pengujian spesimen. Spesimen saluran pernapasan bagian bawah (lower respiratory tract) sangat direkomendasikan pada pasien dengan gejala klinis yang parah atau progresif. Adanya patogen lain yang positif tidak menutup kemungkinan adanya infeksi COVID-19, karena sejauh ini peran koinfeksi belum diketahui.

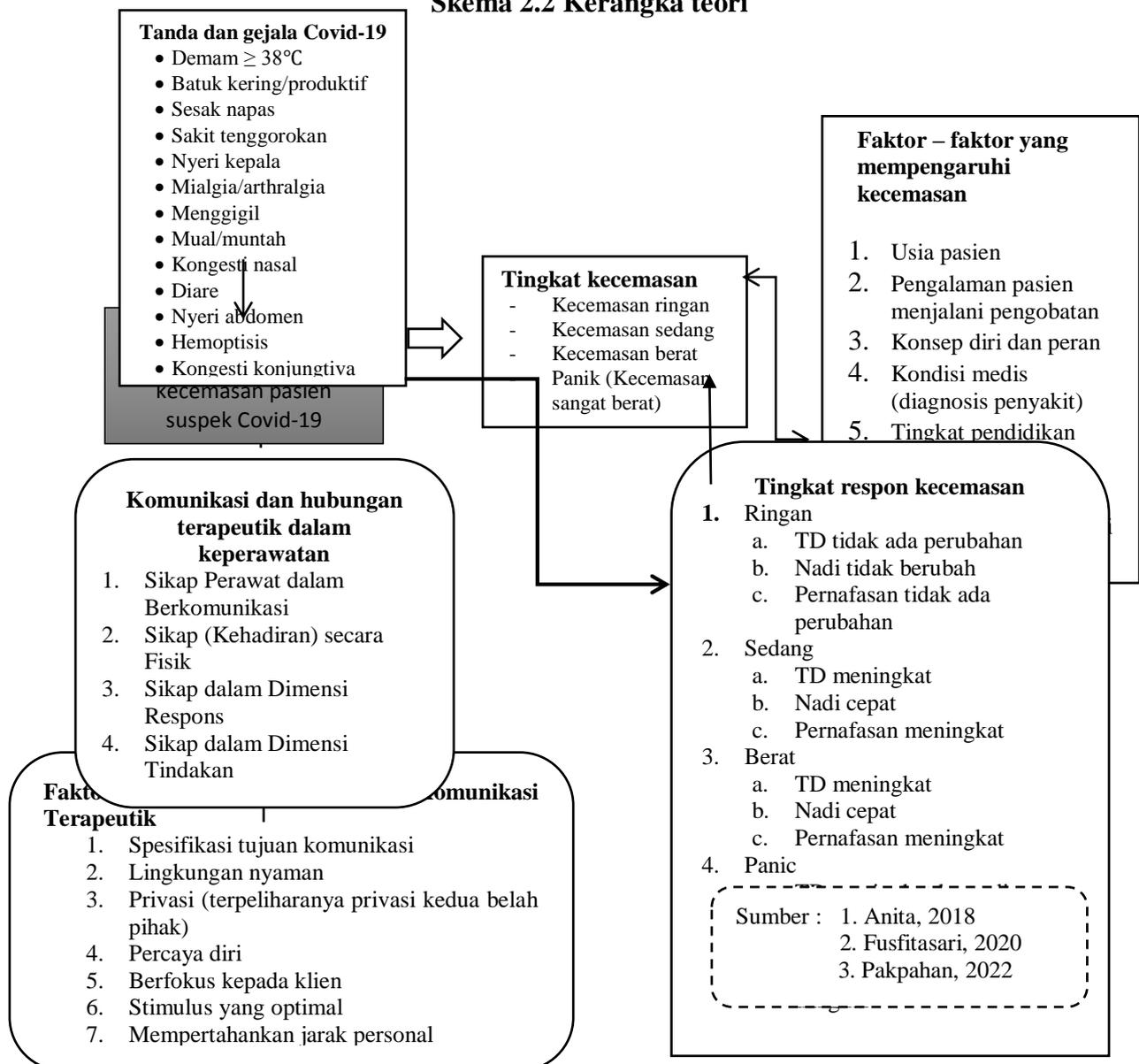
Pengambilan spesimen PDP dan ODP untuk pemeriksaan RT PCR dilakukan sebanyak dua kali berturut-turut serta bila terjadi kondisi perburukan. Pengambilan spesimen OTG untuk pemeriksaan RT PCR dilakukan pada hari ke-1 dan ke-14.

Sampel darah, urin, maupun feses untuk pemeriksaan virologi belum direkomendasikan rutin dan masih belum dianggap bermanfaat dalam praktek di lapangan. Virus hanya terdeteksi pada

sekitar <10% sampel darah, jauh lebih rendah dibandingkan swab. Belum ada yang berhasil mendeteksi virus di urin. SARSCoV-2 dapat dideteksi dengan baik di saliva. Studi di Hong Kong melaporkan tingkat deteksi 91,7% pada pasien yang sudah positif COVID-19, dengan titer virus paling tinggi pada awal onset (Pakpahan, 2022).

D. Kerangka Teori

Skema 2.2 Kerangka teori



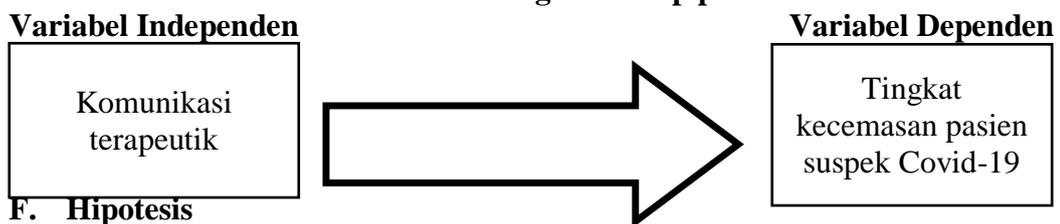
Kerangka konsep penelitian adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variable (baik variable yang diteliti maupun yang tidak

diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2008).

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan, Kerangka konsep pada penelitian ini melihat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19. Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Adapun variabel bebas (*independent variabel*) dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik, dan variabel terikat (*dependent variable*) pada penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19.

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Skema 2.3 Kerangka konsep penelitian



F. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari hipotesis nol dan hipotesis alternative. Hipotesis nol adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis alternative adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh, dan perbedaan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2008).

Hipotesis dalam penelitian terdiri dari hipotesis nol dan hipotesis alternative. Hipotesis H_0 diartikan sebagai tidak adanya hubungan atau perbedaan antar variabel yang diteliti. Hipotesis H_a diartikan dengan adanya hubungan atau perbedaan antar variabel yang diteliti.

Hipotesis Nol dan alternative akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Hipotesis Nol (H_0) : Tidak ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika 2022.

Hipotesis Alternative (H_a) : Ada Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika 2022.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian *deskriptif analitik observasional* dengan metode *cross-sectional*. Penelitian deskriptif sendiri memiliki makna bahwa penelitian ini berusaha menggambarkan fenomena yang terjadi secara nyata, realistic, actual, nyata dan pada saat ini, karena penelitian ini untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Rukajat, 2018). Sedangkan metode analitik observasional artinya penelitian *cross-sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat yang artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variable subjek pada saat pemeriksaan. hal ini tidak berarti semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Sandu, 2015).

Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan pasien susp. Covid-19 yang dapat diubah dan kemudian menganalisa hubungan komunikasi terapeutik tersebut terhadap tingkat kecemasan pasien susp. Covid-19 yang dapat diubah

B. Tahapan Penelitian

Definisi operasional adalah merupakan petunjuk tentang bagaimana suatu variabel diukur. Dengan membaca definisi operasional dalam suatu penelitian, seorang peneliti akan mengetahui pengukuran suatu variabel, sehingga peneliti dapat mengetahui baik buruknya pengukuran tersebut (Siyoto & Sodik, 2015).

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Komunikasi terapeutik	Komunikasi yang dilakukan oleh komunikator dan tenaga kesehatan lain yang direncanakan dan befokus pada kesembuhan pasien	Kuesioner komunikasi terapeutik	Komunikasi terapeutik dikategorikan: 1. Kurang-cukup: skor 15-34 2. Baik: skor 35-45	Ordinal
2.	Tingkat kecemasan	Suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu	Kuesioner Zung <i>Self Rating Anxiety Scale</i> (SAS)	Dari pilihan jawaban akan dikategorikan: Total skor tingkat kecemasan 0-24, dengan kategori: 1. Cemas ringan-sedang; 20-59	Ordinal

masalah atau tidak
adanya rasa aman

2. Cemas berat-
sangat berat
(ekstrim); 60-80

Tabel 3.1 Definisi operasional

C. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang perawatan 4A lantai 4 RS Cibitung Medika. peneliti mengambil rumah sakit tersebut sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan bahwa :

- a. RS Cibitung Medika merupakan salah satu tempat rujukan pasien suspek Covid-19 dan pasien Covid-19.
- b. Mudah dijangkau oleh peneliti.
- c. Jumlah responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dapat terpenuhi.
- d. Belum adanya riset keperawatan yang berfokus pada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19.

No.	Kegiatan	Waktu penelitian				
		April	Mei	Juni	Juli	Agustus
1.	Persiapan penyusunan proposal	■				
2.	Sidang proposal skripsi			■		
3.	Pelaksanaan penelitian			■		
4.	Siding akhir skripsi				■	

Gantt chart 3.1 Waktu penelitian

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah orang yang menjadi subjek penelitian atau orang yang karakteristiknya hendak diteliti (Roflin, 2022). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien suspek Covid-19 di Ranap 4A RS Cibitung Medika periode bulan Juni 2022. Populasi diambil berdasarkan rata-rata jumlah pasien selama bulan Maret – Mei terakhir yang diperoleh dari buku register ruang suspek Covid-19 4A RS Cibitung Medika yaitu sebanyak 163 pasien suspek Covid-19.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi artinya besar sampel harus mencukupi untuk menggambarkan populasinya (Roflin, 2022). Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *total sampling* merupakan teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sumargo, 2020). Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien susp. Covid-19 di Ranap 4A RS Cibitung Medika sebanyak 27 orang. Jumlah sampel pada penelitian ini ditentukan dengan rata-rata pasien per 2 minggu.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data yang terkumpul tersebut tidak bisa secara otomatis dianalisis. Untuk dapat menganalisis data, diperlukan pengolahan data secara cermat melalui beberapa proses atau tahapan (Swarjana, 2016).

1. Melakukan edit (*editing*)

Tahap editing adalah tahap pertama dalam pengolahan data penelitian atau data statistik. *Editing* merupakan proses memeriksa data yang dikumpulkan melalui alat pengumpulan data (instrument penelitian). pada proses *editing* ini, umumnya peneliti melakukan pemeriksaan terhadap data yang terkumpul. Pemeriksaan tersebut mencakup memeriksa atau menjumlahkan banyaknya lembar pertanyaan, banyaknya pertanyaan yang lengkap jawabannya, atau mungkin ada pertanyaan yang belum terjawab padahal pertanyaan tersebut seharusnya da jawabannya. Bahkan sebaliknya juga memeriksa apakah ada pertanyaan yang seharusnya dilewati tetapi diisi jawaban. Jadi, pada tahap *editing* ini yaitu melengkapi data yang kurang dan memperbaiki atau mengoreksi data yang sebelumnya belum jelas. Terkait dengan *editing*, aktivitas tersebut dikategorikan sebagai proses kerja yang dibutuhkan sebelum data ditabulasi dan dianalisis secara statistik.

2. Pemberian kode (*coding*)

Pada tahap ini yang dilakukan adalah memberikan kode. Pemberian kode ini menjadikan penting untuk mempermudah tahap-tahap berikutnya terutama pada tabulasi data.

3. Melakukan tabulasi (*tabulating*)

Tahap berikutnya dalam pengolahan data penelitian adalah *tabulating* atau penyusunan data. Penyusunan data ini menjadi sangat penting karena akan mempermudah dalam analisis data secara statistik, baik menggunakan statistik deskriptif maupun analisis dengan statistik inferensial. Tabulasi dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu secara manual dan tabulasi menggunakan beberapa *software* atau program yang telah ada di komputer maupun *software* yang dapat diunduh dan diinstal di komputer.

F. Metode Analisis Data

Pengolahan data adalah analisis data. Analisis data dilakukan untuk dapat membuat kesimpulan dari data yang sudah terkumpul (Hasnidar et al., 2020).

1. Analisis univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan pada 1 variabel secara tunggal. Analisis univariat dilakukan dengan melakukan penghitungan pada satu variabel untuk melihat besar masalah kesehatan melalui distribusi variabel tersebut menggunakan statistik deskriptif. Analisis univariat merupakan langkah pertama dalam analisis data.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan pada 2 variabel secara langsung. Analisis bivariat dilakukan dengan mengaitkan data variabel pertama dengan variabel kedua. Hasil analisis bivariat dapat berupa statistika deskriptif maupun statistik inferensial. Pada analisis menggunakan statistik deskriptif bentuk keluaran berupa tabel ganda untuk melihat bagaimana kaitan antara satu variabel dengan variabel lain secara deskriptif tanpa melakukan pengujian statistik. Sedangkan analisis bivariat menggunakan statistik inferensial dilakukan uji hipotesis untuk menjawab dengan ada tidaknya hubungan antar dua variabel.

- a. Uji yang digunakan adalah *Chi Square* dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% dengan $\alpha = 0,05$.
- b. Kaidah Keputusan

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistic digunakan: apabila p value $\leq 0,05$ berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel independen, dan apabila p value > 0.05 berarti tidak ada hubungan antara variabel dependen dan variabel independen.

BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

A. Anggaran Biaya

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

Tabel 4.1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp2.500.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp3.200.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.000.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
Jumlah		Rp9.700.000,-

B. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 1 tahun dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Penyusunan Laporan						

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Profil RS Cibitung Medika

Rumah Sakit (RS) Cibitung Medika terletak Jl. Raya H. Bosih No. 117 Cibitung, Kabupaten Bekasi Telp. 021-88323444. RS Cibitung Medika Bekasi adalah unit pelayanan kesehatan yang memiliki kepedulian sosial terhadap semua lapisan masyarakat dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan melalui SDM berkualitas disertai prasarana dan sarana yang memadai dengan berbasis empati untuk kepentingan masyarakat secara umum dengan tingkat akreditasi “C”.

B. Pelaksanaan penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Cibitung Medika bulan Agustus tahun 2022. Penelitian ini hanya ditujukan untuk pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika karena penelitian ini mengambil topik suspek Covid-19 dimana berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti bahwa sampel penelitian adalah pasien suspek Covid-19 usia > 17 tahun dengan jumlah sampel 27 responden. Rancangan penelitian yang dilakukan adalah metode *non probability sampling* melalui *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan selama 14 hari pada bulan Juni tahun 2022.

Data yang sudah terkumpul kemudian diolah secara bertahap mulai dari *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning data*. Dalam tahap *editing*, umumnya peneliti melakukan pemeriksaan terhadap data yang terkumpul. Pemeriksaan tersebut mencakup memeriksa atau menjumlahkan banyaknya lembar pertanyaan, banyaknya pertanyaan yang lengkap jawabannya, atau mungkin ada pertanyaan yang belum terjawab padahal pertanyaan tersebut seharusnya ada jawabannya. Tahap selanjutnya melakukan *coding*, pada tahap ini yang dilakukan adalah memberikan kode. Pemberian kode ini menjadikan penting untuk mempermudah tahap-tahap berikutnya terutama pada tabulasi data. Kemudian melakukan *tabulating* yaitu penyusunan data ini menjadi sangat penting karena akan mempermudah dalam analisis data secara statistik, baik menggunakan statistik deskriptif maupun analisis dengan statistik inferensial. Tabulasi dilakukan dengan menggunakan beberapa *software* atau program yang telah ada di komputer maupun *software* yang dapat diunduh dan diinstal di komputer dengan dilakukan uji normalitas untuk mengetahui data tersebut berdistribusi normal atau tidak, lalu selanjutnya dilakukan analisis univariat dengan membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang akan diteliti. Analisis bivariate menggunakan *uji chi square* karena variabel bebas dan variabel terikat memiliki skala kategorik. Pada tahap ini peneliti membuat table silang antara variabel bebas dan variabel terikat, untuk mengetahui nilai P dan

juga memperoleh nilai *Odds Ratio* untuk melihat besarnya hubungan variabel bebas dan variabel terikat.

C. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan untuk mendapat variabel *dependent* yaitu tingkat kecemasan yang dikategorikan cemas ringan-sedang dan cemas berat-sangat berat. Variabel *independent* yaitu komunikasi terapeutik perawat yang dikategorikan komunikasi cukup-kurang dan komunikasi baik. Hasil lebih lengkap dapat dilihat pada tabel berikut ini.

a. Variabel tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika tahun 2022

Kecemasan	Frekuensi (F)	Persentase (%)
Cemas ringan-sedang	14	51,9
Cemas berat-sangat berat	13	48,1
Total	27	100

Sumber: Master Data Penelitian, Maret 2022

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi Tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika pada pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika dapat diinterpretasikan dari 27 Responden (100%), pasien yang mengalami cemas ringan-sedang sebanyak 14 Orang (51,9%) sedangkan pasien yang mengalami cemas berat-sangat berat sebanyak 13 orang (48,1%), dengan demikian pasien yang mengalami cemas ringan-sedang lebih banyak dari pasien yang mengalami cemas berat-sangat berat.

b. Variabel komunikasi terapeutik perawat

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Komunikasi terapeutik perawat di RS Cibitung Medika Tahun 2022

Komunikasi terapeutik perawat	Frekuensi (F)	Persentase (%)
Komunikasi cukup-kurang	12	44,4
Komunikasi baik	15	55,6
Total	27	100

Sumber: Master Data Penelitian, Maret 2022

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat di RS Cibitung Medika 2022 di ruang suspek Covid-19 pada pasien suspek Covid-19 menunjukkan dari 27 Responden (100%), pasien yang mengalami komunikasi cukup-kurang sebanyak 12 Orang (44,4%) sedangkan pasien yang mengalami komunikasi baik sebanyak 15 orang (55,6%), dengan demikian pasien yang mengalami komunikasi baik lebih banyak dari pasien yang mengalami komunikasi cukup-kurang.

2. Analisa Bivariat

a. Hubungan tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi hubungan tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 RS Cibitung Medika Tahun 2022

Kategori komunikasi terapeutik	Kategori cemas						P Value
	Ringan-sedang		Berat –sangat berat		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Baik	13	92,9%	2	15,4%	15	55,6%	0,000
Cukup-kurang	1	7,1%	11	84,6%	12	44,4%	
Total	14	51,9%	13	48,1%	27	100%	

Sumber: Master Data Penelitian, Maret 2022

Berdasarkan tabel 4.3 diatas dapat diketahui dari 27 responden menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik baik dengan cemas ringan-sedang sebanyak 13 responden (92,9%) dan komunikasi terapeutik cukup-kurang dengan cemas berat-sangat berat sebanyak 11 responden (84,6%).

D. Pembahasan hasil penelitian

1. Analisa Uji Univariat

a. Tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19

Hasil Uji Univariat diperoleh nilai pasien yang mengalami cemas ringan-sedang sebanyak 14 Orang (51,9%) sedangkan anak yang mengalami cemas berat-sangat berat sebanyak 13 orang (48,1%), dengan demikian pasien yang mengalami cemas ringan-sedang lebih banyak dari pasien yang mengalami cemas berat-sangat berat.

b. Komunikasi terapeutik perawat

Hasil Uji Univariat pasien yang mengalami komunikasi cukup-kurang sebanyak 12 Orang (44,4%) sedangkan pasien yang mengalami komunikasi baik sebanyak 15 orang (55,6%).

2. Analisa Uji Bivariat

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $P = 0,000$ ($P < 0,05$), maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 RS Cibitung Medika bulan Agustus tahun 2022 yang artinya semakin baik perawat memberikan komunikasi terapeutik maka tingkat kecemasan pasien ringan-sedang, dengan demikian pasien yang mengalami komunikasi baik lebih banyak dari pasien yang mengalami komunikasi cukup-kurang. Menurut Brunner & Suddart, ada pengaruh secara psikologis yang dirasakan pasien jika diberikan informasi yang jelas tentang tindakan medis, kondisi kesehatan, tujuan dan manfaat tindakan, dampak yang ditimbulkan dari tindakan, serta pemberian kesempatan kepada pasien untuk bertanya tentang sakit. Semakin banyak informasi yang didapatkan maka kekhawatiran yang dialami akan berkurang, yang akhirnya akan menurunkan kecemasan pada pasien (Mardiatun et al., 2020).

Sejalan dengan penelitian penelitian Ervan Nur Cholis, Rumpiati Rumpiati dan Ike Sureni (2020) yang dilakukan di RSUD Dr Harjono

Ponorogo dengan judul hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien hemodialisa membuktikan bahwa H_1 diterima yang artinya ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien hemodialisa. Dari hasil *Correlation Coefficient* juga diperoleh nilai $-0,663$, dimana menunjukkan korelasi yang negatif artinya hubungan yang berlawanan arah, semakin tinggi komunikasi terapeutik oleh perawat, semakin rendah tingkat kecemasan pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Nilai $0,663$ juga menunjukkan korelasi yang tinggi antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien hemodialisa.

Ansietas pada klien terjadi karena adanya ancaman ketidakberdayaan kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, kegagalan membentuk pertahanan, perasaan terisolasi dan takut mati. Untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri pada klien dapat salah satunya dapat melalui pemberian informasi dan penjelasan. Pemberian informasi dan penjelasan ini dapat dilakukan dengan baik apabila didukung oleh pelaksanaan komunikasi verbal perawat yang efektif yaitu untuk menyampaikan informasi tentang keadaan pasien sesuai dengan wewenangnya (Retnaningsih & Etikasari, 2010).

Hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar komunikasi terapeutik baik yaitu sebanyak 13 responden (92,9%) dan komunikasi terapeutik cukup-kurang dengan cemas berat-sangat berat sebanyak 11 responden (84,6%) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan pasien. Adanya hubungan dapat diartikan bahwa komunikasi yang dibangun antara perawat dengan responden berjalan dengan baik sehingga menimbulkan rasa cemas yang ringan-sedang.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan komunikasi yang dilakukan oleh perawat dinilai baik oleh responden karena responden sangat membutuhkan informasi yang tepat dan benar tentang kondisi responden saat dirawat. Untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri pada klien salah satunya pemberian informasi dan penjelasan.

Hasil data penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah pasien suspek Covid-19 yang mengalami kecemasan ringan-sedang lebih banyak dibandingkan pasien suspek Covid-19 yang mengalami kecemasan berat-sangat berat yang didampingi oleh data komunikasi terapeutik yang baik lebih banyak dibandingkan komunikasi terapeutik perawat yang cukup-kurang.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik perawat mempengaruhi tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19 RS Cibitung Medika bulan Agustus Tahun 2022.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka hasil penelitian tentang “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Suspek Covid-19 Di Rs Cibitung Medika Tahun 2022” dapat disimpulkan bahwa:

1. Distribusi frekuensi suspek Covid-19 yang mengalami cemas ringan-sedang sebanyak 14 Orang (51,9%) sedangkan jumlah pasien suspek Covid-19 yang mengalami cemas berat-sangat berat sebanyak 13 orang (48,1%) dari total 27 responden (100%).
2. Distribusi frekuensi suspek Covid-19 yang mengalami komunikasi cukup-kurang sebanyak 12 Orang (44,4%) sedangkan pasien yang mengalami komunikasi baik sebanyak 15 orang (55,6%) dari total 27 responden (100%).
3. Ada hubungan antara kedua variabel. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $P = 0,000$ ($P < 0,05$), maka dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan pada pasien suspek Covid-19 di ruang suspek Covid-19.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan dan penelitian keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan ajar khususnya dan dapat digunakan sebagai data untuk penelitian selanjutnya dalam topik *evidence based practice* tentang komunikasi terapeutik perawat ataupun kecemasan pasien suspek Covid-19.

2. Bagi rumah sakit

Menerapkan kebijakan penerapan komunikasi terapeutik sesuai SOP di semua ruangan Rumah Sakit dan sebagai dasar, tahap awal melakukan evaluasi secara berkala mengenai komunikasi terapeutik perawat yang diberikan kepada pasien/pelanggan.

3. Bagi responden

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan wawasan bagi pasien suspek Covid-19 dan keluarga terkait berbagai cara dalam menurunkan kecemasan pasien suspek Covid-19 khususnya melalui komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat melalui berbagai informasi yang diberikan.

4. Bagi program studi ilmu keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai rujukan ataupun referensi dan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien suspek Covid-19 serta bagi perawat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya kemampuan komunikasi terapeutik untuk memberikan pelayanan yang optimal guna meningkatkan keberhasilan perawatan serta kualitas kesehatan pasien.

Karena, dalam pelaksanaannya masih terdapat berbagai komponen komunikasi terapeutik perawat yang sering dilupakan seperti memperkenalkan diri dan membuat kontrak waktu, menanyakan penyebab kecemasan pasien, menyimpulkan informasi yang telah disampaikan dan menanyakan perasaan pasien setelah mendapatkan informasi

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, M. (2018). *Kecemasan*. Poltekkes Kemenkes Jogja.
- Anjaswari, T. (2016). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Kemenkes RI.
- Basra, Muhammad, M., & Muslimin, Y. (2017). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, VI, 1.
- Daswati. (2022). *Menurunkan Kecemasan Ibu Nifas Dengan Metode Kanguru*. Penerbit Media Sains Indonesia.
- Fitria, L., & Ifdil, I. (2020). Kecemasan remaja pada masa pandemi Covid -19. *Jurnal EDUCATIO: Jurnal Pendidikan Indonesia*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.29210/120202592>
- Fusfitasari, Y. (2020). *komunikasi terapeutik (therapeutic communication) pada anak*. PM Publisheer.
- Hardiyati, Widiyanti, E., & Hernawaty, T. (2020). Kecemasan Saat Pandemi Covid-19. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 6, 27–40. <http://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/m%0ASTUDI>
- Hasnidar, Tasnim, Sitorus, S., Hidayati, W., Mustar, Fhirawati, Yuliani, M., Marzuki, I., Yunianto, andi eka, Susilawaty, A., Puspita, R., Pattola, Sianturi, E., & Sulfianti. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat* (A. Rikki (ed.); 1st ed.). yayasan kita menulis.
- Herdiawanto, H., & Hamdayama, J. (2022). *Dasar-Dasar Penelitian Sosial*. Kencana.
- Indra, I. M. (2019). *Metodologi Penelitian*. Group Penenrbitan Cv Budi Utama.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pertanyaan dan Jawaban Terkait Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *World Health Organization, 2019*, 1–13. <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public>
- Maisyaroh, A., Dwi, R., & Eko, P. (2020). Pedoman Perawat Dalam Merawat Pasien Covid-19 Di Ruang Isolasi. *Universitas Jember*, 1–23.
- Mardiatun, Dewi, P., & Elly, M. (2020). Vol. 2 No. 1 April 2020. *Peningkatan Pemberdayaan Keluarga Melalui PINKESGA (Paket Informasi Keluarga) Kehamilan Dalam Mengambil Keputusan Merawat Ibu Hamil*, 2(1), 21.
- Media Informasi Resmi Terkini Penyakit Infeksi Emerging. (2022). *Situasi Terkini Perkembangan Coronavirus Disease (COVID-19) 08 April 2022*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/situasi-infeksi-emerging/situasi-terkini-perkembangan-coronavirus-disease-covid-19-08-april-2022>
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (T. E. S. Medika (ed.); 2nd ed.). Salemba Medika.
- Pakpahan, J. P. (2022). *Tata Kelola Manajemen Keperawatan Klinis Era Covid-19*. Penerbit Gava Media.
- Pasien, K., & Terapeutik, K. (2013). *Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit The Relationship Between Therapeutic Communication and Family Patient ' Anxiety in The Intensive Care Unit Kun Ika Nur Rahayu Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri , Jl .*

Selomangleng No . 1(1), 14–21.

- Roflin, E. (2022). *Populasi, Sampel, Variabel* (M. Nasrudin (ed.); 1st ed.).
- Rukajat, A. (2018). *Pendekatan Penelitian Kuantitatif* (1st ed.). Deepublish.
- Sandu, S. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian* (Ayup (ed.); 1st ed.). Literasi Media Publishing.
- Siyoto, S., & Sodik, M. al. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian* (Ayup (ed.)). Literasi Media Publishing.
- Sumargo, B. (2020). *Teknik Sampling*. UNJ Press.
- Swarjana, I. K. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (I. Nastiti (ed.); 1st ed.). ANDI.
- Swarjana, I. K. (2016). *Statistik Kesehatan* (C. aditya Ari (ed.); 1st ed.). Penerbit ANDI.
- Tanggap Bencana Covid-19 Kota Bekasi. (2022). *Data Sebaran Kota Bekasi. Tanggap Bencana Covid-19 Kota Bekasi*. <https://corona.bekasikota.go.id/#>
- Utami, I. (2020). *Kecemasan Di Tengah Pandemi Covid-19*. Rsup Persahabatan. <https://rsuppersahabatan.co.id/artikel/read/kecemasan-di-tengah-pandemi-covid-19>

LAMPIRAN

Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Lina Indrawati, S.Kep..Ners,M.Kep

NIDN : 0321108001

Jabatan Fungsional : Lector/IIIc

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

**“Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien
suspek covid-19 di rs cibitung medika tahun 2022”**

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2022

**Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana
Lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini,
maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang
berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke
STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.

Bekasi, 30 Juni 2022

Mengetahui
Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriyany S, M. Kes
NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



(Lina Indrawati, S.Kep..Ners,M.Kep)
NIDN: 0321108001

KUESIONER KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah jawaban pada setiap pertanyaan (jangan dikosongi)
2. Isilah tabel dibawah inidengan tanda (X) sesuai dengan penilaian anda terhadap perilaku perawat saat melakukan komunikasi terapeutik dengan anda.

No.	Pertanyaan	Sering	Kadang -kadang	Tidak pernah
A. Fase Orientasi				
1.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menyapa/tersenyum kepada Bapak/Ibu?			
2.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat memperkenalkan diri kepada Bapak/Ibu?			
3.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
4.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat membuat kontrak waktu untuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
5.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menjelaskan tujuan dari suatu tindakan kepada Bapak/Ibu?			
B. Fase Kerja				
6.	Apakah perawat memberi kesempatan berdiskusi kepada Bapak/Ibu tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
7.	Apakah perawat menanyakan terkait penyebab kecemasan yang dirasakan Bapak/Ibu?			
8.	Apakah dalam melakukan komunikasi terapeutik, perawat berupaya menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan percaya diri Bapak/Ibu?			
9.	Apakah dalam melakukan tindakan keperawatan, perawat selalu memperhatikan keadaan Bapak/Ibu?			
10.	Apakah dalam melakukan komunikasi terapeutik, perawat berupaya mengatasi kecemasan Bapak/Ibu ?			
C. Fase Tersminasi				
11.	Apakah perawat menyimpulkan informasi yang telah disampaikan kepada Bapak/Ibu?			
12.	Apakah perawat menanyakan bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mendapat informasi terkait penyakit yang Bapak/Ibu alami?			

13.	Apakah perawat memberikan saran kepada Bapak/Ibu, tentang tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap keadaan kesehatan Bapak/Ibu?			
14.	Apakah perawat membuat kesepakatan dengan Bapak/Ibu, yaitu menentukan waktu selanjutnya melakukan percakapan?			
15.	Apakah perawat menawarkan topik yang akan dibicarakan dengan Bapak/Ibu pada kunjungan perawat selanjutnya?			

Kuisisioner *Anxiety Scale*

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang paling tepat sesuai dengan keadaan anda atau apa yang anda rasakan saat dirawat di ruang Suspek Covid-19.

- Tidak pernah sama sekali : 1
 Kadang-kadang saja mengalami demikian : 2
 Sering mengalami demikian : 3
 Selalu mengalami demikian setiap hari : 4

No.	Pernyataan	Jawaban			
		1	2	3	4
1.	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya				
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3.	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur				
4.	Saya mudah marah, tersinggung atau panik				
5.	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi				
6.	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar				
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 tersengal-sengal				
14.	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya				
15.	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan				
16.	Saya sering kencing dari pada 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				

20.	Saya mengalami mimpi-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: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan (Zung Self-Rating Anxiety Scale dalam Ian mcdowell, 2006).

Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain:

- Skor 20-44 : Kecemasan ringan
- Skor 45-59 : Kecemasan sedang
- Skor 60-74 : Kecemasan berat
- Skor 75-80 : Kecemasan panik

HASIL OUTPUT SPSS

HASIL ANALISIS UNIVARIAT

Tingkat kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	berat-sangat berat	13	48.1	48.1	48.1
	ringan-sedang	14	51.9	51.9	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tingkat komunikasi terapeutik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	55.6	55.6	55.6
	cukup-kurang	12	44.4	44.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

HASIL ANALISIS BIVARIAT

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat komunikasi terapeutik * Tingkat kecemasan	27	100.0%	0	0.0%	27	100.0%

Tingkat komunikasi terapeutik * Tingkat kecemasan Crosstabulation

			Tingkat kecemasan		Total
			Ringan-sedang	Berat	
Tingkat komunikasi terapeutik	Baik	Count	13	2	15
		Expected Count	7.8	7.2	15.0
	Cukup-Kurang	Count	1	11	12
		Expected Count	6.2	5.8	12.0
Total		Count	14	13	27
		Expected Count	14.0	13.0	27.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	16.385 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.398	1	.000		
Likelihood Ratio	18.729	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.779	1	.000		
N of Valid Cases	27				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.78.

b. Computed only for a 2x2 table

Statistics

		Tingkat kecemasan	Tingkat komunikasi terapeutik
N	Valid	27	27
	Missing	0	0