

SKRIPSI

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RUANG HCU RUMAH SAKIT X



Oleh :

**NOURMA HENY
NIM. 2412037**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

SKRIPSI

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEEN DI RUANG HCU RUMAH SAKIT X

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) di Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

**NOURMA HENY
NIM. 2412037**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nourma Heny
NIM : 2412037
Tanggal lahir : 27 Desember 1989
Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 01 September 2025



Nourma Heny
NIM.
2412037

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Nourma Heny

NIM 2412037

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan
Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU
Rumah Sakit X

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

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing



Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
NIP. 03021

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 01 September 2025

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Nourma Heny
NIM : 2412037
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan
Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU
Rumah Sakit X

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

Penguji I : Dr. Dini Mei W., S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03011

Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03033

Penguji III : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
NIP. 03021



**Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI S1 KEPERAWATAN**



**Dr. PUJI HASTUTI, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03010**

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 01 September 2025

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Stikes Hang Tuah Surabaya, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nourma Heny
NIM : 2412037
Program Studi : S1 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberi kepada Stikes Hang Tuah Surabaya Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas skripsi yang berjudul:

“Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan hak bebas royalti non-eksklusif ini Stikes Hang Tuah Surabaya berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal: 09 Oktober 2025

Yang menyatakan.



(Nourma Heny)

ABSTRAK

Keluarga pasien di ruang *High Care Unit* (HCU) sering mengalami kecemasan akibat kondisi pasien yang kritis dan ketidakpastian hasil pengobatan. Komunikasi terapeutik perawat berperan penting dalam menurunkan kecemasan dengan memberikan rasa aman, dukungan emosional, dan pemahaman yang lebih baik. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi berjumlah 54 keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X, dengan 35 sampel yang dipilih secara random sampling. Variabel independen adalah komunikasi terapeutik perawat, dan variabel dependen tingkat kecemasan keluarga pasien. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis dengan uji Chi-Square pada $\alpha = 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 35 responden, terdapat 16 responden (45,7%) yang menilai komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik, dan 15 responden (42,9%) mengalami tingkat kecemasan ringan. Hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat, maka semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami keluarga pasien. Komunikasi terapeutik yang efektif menciptakan rasa percaya, memberikan kejelasan informasi, dan mendukung kebutuhan emosional keluarga. Hal ini sejalan dengan teori *Human Caring* Jean Watson yang menekankan pentingnya empati, perhatian, dan kasih sayang dalam hubungan perawat dengan pasien maupun keluarganya untuk mendukung kesejahteraan psikologis.

Kata Kunci : Komunikasi terapeutik, kecemasan keluarga, perawat, ruang HCU

ABSTRAK

The Relationship Between Nurses' Therapeutic Communication and the Anxiety Level of Patients' Families in the High Care Unit (HCU) at Hospital X
Family members of patients in the High Care Unit (HCU) often experience anxiety due to the critical condition of the patient and uncertainty regarding treatment outcomes. Nurses' therapeutic communication plays an important role in reducing anxiety by providing a sense of safety, emotional support, and better understanding. This study aims to determine the relationship between nurses' therapeutic communication and the anxiety level of patients' families in the HCU of Hospital X.

This research employed a correlational analytic design with a cross-sectional approach. The population consisted of 54 family members of patients in the HCU at Hospital X, with a sample of 35 respondents selected using random sampling. The independent variable was nurses' therapeutic communication, and the dependent variable was the anxiety level of patients' families. Data were collected using a questionnaire and analyzed using the Chi-Square test with a significance level of $\alpha = 0.05$.

The results showed that among 35 respondents, 16 respondents (45.7%) assessed nurses' therapeutic communication as good, and 15 respondents (42.9%) experienced mild anxiety. The Chi-Square test obtained a value of $p = 0.000$ ($p < 0.05$), indicating a significant relationship between nurses' therapeutic communication and the anxiety level of patients' families in the HCU at Hospital X.

The findings indicate that the better the nurses' therapeutic communication, the lower the anxiety level experienced by patients' families. Effective therapeutic communication fosters trust, provides clear information, and supports the emotional needs of families. This is in line with Jean Watson's Human Caring Theory, which emphasizes empathy, attention, and compassion in the nurse-patient-family relationship to promote psychological well-being.

Keywords: *Therapeutic communication, family anxiety, nurse, High Care Unit (HCU)*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
2. Dr. Soeloeng Boedianto., selaku Direktur Rumah sakit X Surabaya yang telah memberikan ijin dan dukungan kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di lingkungan Rumah sakit X Surabaya.
3. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Puket 1 STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu memberi kesempatan, motivasi, dorongan, dan ilmu selama menempuh pendidikan program studi S1 Keperawatan.
4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Puket 2 STIKES Hang Tuah

Surabaya atas motivasi dan dorongan penuh dalam menempuh pendidikan program studi S1 Keperawatan.

5. Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
6. Ibu Rochiati, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Bidang Keperawatan dan Kebidanan Rumah sakit X Surabaya atas bimbingan, dukungan, serta kesempatan yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Dr. Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Ketua Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan yang senantiasa memberi motivasi dan wawasan ilmu di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Ibu Lela Nurlela, S.Kp, M.Kes. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini
9. Dr. Dini Mei W., S.Kep.,Ns., M.Kep., selaku penguji I yang telah bersedia memberikan arahan, masukan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep., selaku penguji II yang telah bersedia memberikan arahan, masukan dan dukungan penyusunan skripsi ini
11. Bapak Taufan Agung Prasetya, S.Sos., M.A.P, selaku Kepala Perpustakaan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
12. Seluruh dosen dan tenaga pendidik keperawatan yang telah memberi bimbingan dan dukungan selama perkuliahan.
13. Responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam

penelitian ini

14. Ibu, Suami dan anak tercinta yang senantiasa memberi do'a dan semangat kepada peneliti.
15. Rekan sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun dari pembaca sangat diharapkan demi penyempurnaan penulis di masa mendatang. Penulis dengan tulus mengapresiasi setiap masukan yang diberikan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas skripsi skripsi ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Esa pada akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 01 September 2025

Penulis

DARTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik.....	7
2.1.1 Definisi Komunikasi Terapeutik.....	7
2.1.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	7
2.1.3 Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	9
2.1.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik	10
2.1.5 Klasifikasi Komunikasi Terapeutik.....	11
2.1.6 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	12
2.1.7 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Komunikasi Terapeutik	14
2.1.8 Indikator Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	15
2.1.9 Alat Ukur Penilaian Komunikasi Terapeutik	16
2.2 Konsep Dasar Kecemasan.....	17
2.2.1 Definisi Kecemasan	17
2.2.2 Penyebab Kecemasan.....	18
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan.....	20
2.2.4 Tingkat Kecemasan.....	22
2.2.5 Karakteristik Tingkat Kecemasan	23
2.2.6 Penatalaksanaan Kecemasan Pada Keluarga Pasien.....	26
2.2.7 Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap.....	28
2.2.8 IndikatorKomponen Penilaian Kecemasan	29
2.2.9 Alat Ukur Kecemasan	31
2.2.10 Pendekatan Teori Caring Jean Watson dengan Tingkat Kecemasan Pasien Rawat Inap.....	33
2.3 Konsep Dasar Keluarga	34
2.4 Konsep Dasar <i>High Care Unit (HCU)</i>	35

2.4.1	Definisi High Care Unit (HCU).....	35
2.4.2	Fungsi <i>High Care Unit</i> (HCU).....	35
2.4.3	Kriteria Pasien <i>High Care Unit</i> (HCU).....	37
2.4.4	Peran Perawat <i>High Care Unit</i> (HCU)	37
2.5	Model Konsep Teori Keperawatan (Model Adaptasi)	39
2.5.1	Teori Keperawatan Jean Watson dalam Pelaksanaan Penelitian.....	39
2.6	Hubungan antar Konsep.....	41
2.7	Hasil <i>Literatur Review</i>	43
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	46
3.1	Kerangka Konseptual	46
3.2	Hipotesis	46
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN.....	47
4.1	Desain Penelitian.....	47
4.2	Kerangka Kerja.....	49
4.3	Waktu dan Tempat Penelitian	49
4.4	Populasi, Sampel, Besar sampel dan Teknik Sampling	50
4.4.1	Populasi.....	50
4.4.2	Sampel	50
4.4.3	Besar Sampel	50
4.4.4	Teknik Sampling.....	51
4.5	Identifikasi Variabel.....	51
4.5.1	Variabel Bebas (<i>Independent</i>).....	51
4.5.2	Variabel Terikat (<i>Dependent</i>).....	51
4.6	Definisi Operasional.....	52
4.7	Pengumpulan Data, Pengolahan dan Analisis Data.....	52
4.7.1	Pengumpulan Data.....	53
4.7.2	Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data	56
4.7.3	Analisa Data.....	56
4.8	Etika Penelitian	57
4.8.1	Prinsip Manfaat	58
4.8.2	Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (<i>Respect Human Dignity</i>).....	59
4.8.3	Prinsip Keadilan (<i>Right Justice</i>).....	59
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	61
5.1	Gambaran Umum Lokasi penelitian	61
5.1.1	Gambaran Umum Subyek Penelitian	62
5.1.2	Data Umum.....	63
5.1.3	Data Khusus.....	66
5.2	Pembahasan.....	68
5.2.1	Komunikasi Terapeutik Perawat Di Ruang HCU Rumah Sakit X.....	68
5.2.2	Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X....	73
5.2.3	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X.....	77
5.3	Keterbatasan	80
BAB 6	PENUTUP.....	82
6.1	Penutup	82
6.2	Saran	82
	DAFTAR PUSTAKA	85
	LAMPIRAN.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	<i>Literatur Review</i>	43
Tabel 4.1	Definisi Operasional Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU.....	52
Tabel 4.2	<i>Blue print</i> kecemasan keluarga pasien.....	56
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	63
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	63
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	64
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025 (n=35).....	64
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	65
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	65
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Kunjungan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	66
Tabel 5.8	Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	66
Tabel 5.9	Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Keluarga Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35).....	67
Tabel 5.10	Tabulasi Silang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025 (n=35).....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rentang Respon Ansietas.....	25
Gambar 2.2	Hubungan antar Konsep.....	42
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien DiRuang HCU Rumah Sakit X.....	46
Gambar 4.1	Desain Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X.....	48
Gambar 4.2	erangka Kerja Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	89
Lampiran 2	Motto dan Persembahan.....	90
Lampiran 3	Lembar Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian	91
Lampiran 4	Surat Ijin Laik Etik.....	92
Lampiran 5	Lembar Persetujuan pengambilan Data Penelitian	93
Lampiran 6	<i>Information for Consent</i>	94
Lampiran 7	Pernyataan Bersedia Menjadi Partisipan.....	95
Lampiran 8	Lembar Kuisisioner	96
Lampiran 9	Hasil Tabulasi Data Demografi.....	102
Lampiran 10	Tabulasi Data Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat	104
Lampiran 11	Tabulasi Data Kuesioner Tingkat Kecemasan	106
Lampiran 12	Hasil Tabulasi data SPSS	109

LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH

SINGKATAN:

BAI	: <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BPAP	: <i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>
CPAP	: <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
D3	: Diploma Tiga
D4	: Diploma Empat (setara Sarjana Terapan)
Depkes	: Departemen Kesehatan (sekarang: Kementerian Kesehatan)
Dkk	: Dan kawan-kawan
Dll	: Dan lain-lain
DSM-IV	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
Dst	: Dan seterusnya
DVT	: <i>Deep Vein Thrombosis</i>
FISQUA	: <i>Fellow Of The International Society For Quality In Health</i>
HARS	: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KEPK	: Komite Etik Penelitian Kesehatan
KKNI	: Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
NIP	: Nomor Induk Pegawai
Prof.	: Profesor
RI	: Republik Indonesia
RJP	: Resusitasi Jantung Paru
RS	: Rumah Sakit
RSM	: Rumah Sakit Muhammadiyah
S.Kep	: Sarjana Keperawatan
S.Kep., Ns.	: Sarjana Keperawatan, Ners
S1	: Strata Satu (Sarjana)
SAS	: <i>Self Anxiety Scale</i>
SIJP	: Surat Izin Jalan Perawat
STAI	: Sekolah Tinggi Agama Islam
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
ZRAS	: <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i>

Arti Lambang

<	: Kurang
>	: Lebih besar
N	: Besar populasi
n	: Besar Sampel
%	: Presentase
D	: Tingkat Signifikan (p) = 0,05
f	: Frekuensi
/	: Atau
A	: Alfa
+	: Ditambah
=	: Sama dengan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Beberapa tingkat kecemasan keluarga pasien sering kali ditemui saat pasien datang ke rumah sakit sampai pasien pulang dari rumah sakit, terutama bagi keluarga pasien di ruang HCU. Komunikasi secara terapeutik perawat secara terampil mempermudah dalam menjalin hubungan rasa percaya pada pasien, dan mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan, dan meningkatkan citra profesi keperawatan (Haryati, 2021). Berdasarkan fenomena yang ada, banyak keluarga pasien yang dirawat di ruang HCU merasa khawatir atau cemas yang disebabkan kurangnya informasi mengenai perkembangan terkini kondisi anggota keluarga yang saat ini menjalani perawatan di ruang HCU. Penyebab kurangnya komunikasi diperoleh dari kesiapan membantu (*accessible*) perawat dalam penanganan pasien dan sering terjadi terutama penjelasan pada keluarga pasien tentang keadaan pasien di ruang HCU (*expalins and Facilitates*). Kecemasan ini menyebabkan keluarga mengalami kondisi psikologis yang tidak stabil berupa rasa takut yang berlebihan, perasaan menyerah dan putus asa, kecemasan hingga depresi (Maria Loihala, 2017). Dengan demikian perlu ada kajian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah sakit X.

Mendapatkan informasi tentang kondisi medis pasien dan hubungan dengan petugas pemberi pelayanan merupakan prioritas utama yang diharapkan dan diperlukan oleh keluarga pasien (Widyastuti, 2023). Selain itu berdasarkan dari

Sistem Registrasi Sampel yang dilakukan Badan Litbangkes (2020), diperoleh data meskipun ada peningkatan jumlah fasilitas kesehatan mental di Indonesia, laporan menunjukkan bahwa sekitar 70% dari mereka yang membutuhkan perawatan kesehatan mental belum mendapatkan layanan yang memadai. Akses yang terbatas dan ketidakmerataan distribusi layanan menjadi masalah utama. Keterbatasan fasilitas dan tenaga profesional menjadi tantangan besar dalam memberikan perawatan yang memadai. Akses yang terbatas dan ketidakmerataan distribusi layanan menjadi masalah utama. Keterbatasan fasilitas dan tenaga profesional menjadi tantangan besar dalam memberikan perawatan.

Hasil studi pendahuluan tingkat kecemasan keluarga pasien pada saat dirawat di Ruang HCU Rumah Sakit X, dari 10 keluarga didapatkan 5 (50%) keluarga mengalami kecemasan berat terutama ketidak tahuan kondisi pasien disebabkan kurangnya komunikasi dari kesiapan membantu (*accessible*) perawat dalam penanganan pasien saat di ruang HCU terutama saat penjelasan dan kemudahan pada keluarga pasien tentang keadaan pasien di ruang HCU (*expalins and Facilitates*), dan dari 2 (20%) keluarga tidak mengalami kecemasan yang disebabkan memahami kondisi pasien bahkan merasa tenang karena kesiapan dalam membantu pasien oleh tenaga kesehatan. Sedangkan kondisi keluarga pasien 3 (30%) yang lainnya mengalami kecemasan ringan yang dikarenakan komunikasi dari kesiapan membantu (*accessible*) perawat dalam penanganan pasien sudah terlaksana hanya saja informasi yang diberikan sedikit terlambat yang menjadikan timbul perasaan kecemasan. Selain itu, menurut Deshields, dkk (2012) beban sosial keluarga dan beban administrasi keluarga pasien HCU akan mengalami kecemasan jika tidak mengerti proses perawatan di ruang HCU. Salah

satu penyebab kecemasan pasien salah satunya adalah perilaku komunikasi terapeutik perawat yang meliputi *accessible* (kesiapan membantu), *explains and facilitates* (penjelasan dan kemudahan), *comforts* (kenyamanan), *anticipates* (antisipasi), *trusting relationship* (membina hubungan saling percaya) yang kurang baik. Disini peneliti akan fokus pada perilaku komunikasi terapeutik yang diharapkan bisa menurunkan tingkat kecemasan pasien. Kurangnya perlakuan perawat tentang perilaku komunikasi terapeutik yang benar dapat berpengaruh terhadap rasa percaya yang tinggi pasien demi kesembuhannya selain itu, perilaku komunikasi terapeutik pada pasien juga dapat menjadi strategi preventif untuk mengurangi stres dan membuat pandangan hidup pasien menjadi luas dan tidak mudah stres. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Sedangkan faktor umum yang berpengaruh terhadap tingkat ansietas keluarga pasien di ruang intensif diantaranya usia, gender, level pendidikan, tingkat pengetahuan, pekerjaan, informasi, lama perawatan, tingkat penghasilan, faktor tipe kepribadian dan pengalaman (Harlina, & Aiyub, 2018). Komunikasi terapeutik perawat salah satu dorongan motivasi bagi perawat untuk dapat memberikan pelayanan terbaik bagi pasien dan kepuasan tersendiri bagi perawat bila dapat membuat perubahan pada pasiennya (Potter & Perry, 2020). Dampak utama pada perawatan dan pasien pada masalah kecemasan, dipengaruhi faktor oleh *interaction, communication, role and stresss, transaction..* Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan pasien yang dilakukan secara sadar. Ketika perawat dan pasien saling mempengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan membantu mengatasi masalah pasien serta memperbaiki emosional yang

akhirnya mencapai kesembuhan pasien. Apabila komunikasi terapeutik tidak berjalan dengan lancar maka kecemasan atau tingkat stress akan mempengaruhi pasien terutama pada kesembuhannya. Perasaan empati, dapat memotivasi perawat untuk dapat lebih care pada pasien dan mampu melakukan tindakan sesuai kebutuhan pasien (Dwidiyanti, 2015).

Maka peneliti akan melakukan penelitian di ruang HCU Rumah Sakit X yaitu hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X dengan harapan melalui komunikasi terapeutik perawat akan mengurangi kecemasan dari keluarga pasien yaitu menginformasikan kondisi pasien pada keluarga sehingga komunikasi yang terjalin dengan komunikasi terapeutik sangat efektif untuk mengurangi tingkat kecemasan terutama pada keluarga pasien khususnya pada pasien-pasien yang dirawat di ruang HCU, agar tidak cemas berlebihan dan mampu mengambil keputusan yang tepat salah satunya adalah diterapkannya komunikasi terapeutik. Hal ini juga perlu menjadi perhatian untuk perawat, dokter dan staff kesehatan yang lain. Keluarga mempunyai peranan yang penting dalam pengambilan keputusan dan sering harus dilibatkan secara langsung atau tidak langsung dalam tindakan pertolongan yang diberikan kepada pasien Rahmatiah (2015), karena komunikasi terapeutik bukan hanya untuk perawat tetapi seluruh profesi dengan berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Keterlibatan tersebut dapat berupa konseling intensif, atau dapat berupa brosur tentang penanganan pasien dan keluarga dalam rawat inap di ruang HCU. Keluarga umumnya dapat mengalami perubahan perilaku dan emosional yang berdampak pada pikiran dan motivasi keluarga untuk mengembangkan perannya (Setyorini, 2018). Oleh karena itu

berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti merasa perlu untuk dilakukan penelitian tentang “hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah sakit X ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi komunikasi terapeutik perawat di ruang HCU Rumah Sakit X.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.
3. Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi ilmiah berupa tambahan informasi, fakta dan data bagi perpustakaan dalam bidang kesehatan dan sekaligus sebagai referensi yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian

selanjutnya terutama masalah hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman yang nyata, memperluas wawasan dan menambah pengetahuan.

1. Bagi Peneliti

Menambah wawasan terkait penelitian yang dilakukan mengenai faktor-faktor yang memengaruhi komunikasi interpersonal perawat.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan informasi untuk lebih memahami dalam melakukan pemberian komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU.

3. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan menjadi salah satu sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam meningkatkan kebutuhan dasar manusia yang akan diberikan kepada pasien untuk meningkatkan kepuasan pasien terutama pada komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU.

4. Bagi keluarga pasien

Sebagai sumber informasi untuk meningkatkan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU untuk membantu proses penyembuhannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang berhubungan topik penelitian, meliputi : 1). Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik, 2). Konsep Dasar Kecemasan, 3). Konsep Dasar Keluarga, 4). Konsep *Dasar High Care Unit* (HCU), 5). Model Konsep Teori Keperawatan, 6). Hubungan Antar Konsep, 7). *Literature Review*

2.1 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.1.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan keterampilan komunikasi perawat yang digunakan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan kesehatan mental, dan belajar berhubungan dengan orang lain. Menurut Muhith & Siyoto (2018) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah hubungan interpersonal perawat dan pasien yang memiliki tujuan terapi dalam mencapai tingkat kesembuhan pasien yang optimal dan efektif sehingga harapan hari rawat pasien menjadi singkat atau lebih pendek. Maka disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah hubungan antara perawat dan pasien, dimana perawat berusaha membantu pasien mengatasi masalahnya sendiri, orang lain atau lingkungannya (Muhith & Siyoto (2018)).

2.1.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki tujuan memberikan motivasi dan meningkatkan pribadi pasien ke arah yang positif, tujuan menurut Suryani (2016) antara lain yaitu :

1. Meningkatkan kemandirian pasien melalui proses realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat terhadap diri sendiri. Pasien sebelumnya tidak menerima dirinya sendiri atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang pasien tentang dirinya dan masadepannya sehingga pasien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya.
2. Identitas diri yang jelas dan rasa integritas yang tinggi terhadap diri sendiri. Identitas personal yang dimaksud adalah status, peran, dan jenis kelamin pasien. Pasien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan juga memiliki harga diri yang rendah. Perawat diharapkan membantu pasien untuk meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri pasien melalui komunikasi.
3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial, saling bergantung dengan orang lain. Pasien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi terapeutik yang terbuka, jujur, dan menerima pasien apa adanya, perawat akan meningkatkan kemampuan pasien dalam membina hubungan saling percaya.
4. Meningkatkan kesejahteraan dan fungsi pasien serta kemampuan dalam memenuhi kebutuhan untuk mencapai tujuan personal yang realistis. Perawat berperan membimbing pasien dalam menetapkan tujuan yang realistis dan membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

2.1.3 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Carl Rogers (1961) dalam Sarfika *et al.*, (2018), sebagai berikut :

- 1 Perawat harus mengenal dirinya sendiri (*self awereness*) yang berarti memahami nilai – nilai yang di anut.
- 2 Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya, dan saling menghargai.
- 3 Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien fisik maupun mental.
- 4 Perawat harus menciptakan suasana pasien bebas berkembang tanpa takut.
- 5 Perawat harus dapat menciptakan suasana motivasi pasien untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.
- 6 Perawat harus mampu mengontrol perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan emosional seperti perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan, maupun frustrasi.
- 7 Perawat harus mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 8 Perawat harus mampu memahami arti empati dan menggunakannya sebagai tindakan yang terapeutik, dan mampu memahami arti simpati yang bukan sebagai tindakan terapeutik.
- 9 Perawat harus mampu memahami bahwa kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 10 Perawat harus mampu menjadi role model agar dapat meyakinkan dan sebagai contoh kepada orang lain tentang perilaku sehat.
- 11 Perawat mampu mengungkapkan perasaan dan menyatakan sikap yang jelas.

- 12 Perawat mampu memiliki sifat altruisme berarti menolong atau membantu permasalahan pasien tanpa mengharapkan imbalan apapun dari pasien.
- 13 Perawat harus mampu mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 14 Perawat bertanggung jawab pada setiap sikap dan tindakan yang dilakukan.

2.1.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Muhith & Siyoto (2018) Tiga hal yang menjadi dasar karakteristik pada komunikasi terapeutik, antara lain :

1. Keikhlasan

Keikhlasan artinya tenaga kesehatan memberi layanan kesehatan dengan ikhlas membantu pasien mempercepat proses kesembuhan pasien. Keikhlasan dan perhatian dari tenaga kesehatan akan mengurangi rasa cemas pasien dan membuat pasien percaya diri dalam menjalani pengobatan.

2. Empati

Empati ialah kemampuan seseorang memahami perasaan orang lain. Empati adalah proses kejiwaan seseorang larut dalam perasaan orang lain baik suka maupun duka, seolah-olah merasakan yang dialami pasien.

3. Kehangatan

Perawat akan memberi dukungan pada pasien untuk menunjukkan pikiran, ide serta menuangkan dalam bentuk tindakan tanpa rasa takut disalahkan dan ragu. Situasi komunikasi yang terbuka, hangat, dan tidak membuat pasien merasa takut atau tertekan memungkinkan pasien mengungkapkan perasaannya dengan lebih nyaman.

2.1.5 Klasifikasi Komunikasi Terapeutik

Menurut Suherman (2020), Klasifikasi komunikasi terapeutik, meliputi :

1. Komunikasi interpersonal terjadi pada diri sendiri.

Berfokus pada kognisi, simbol, dan niat seseorang. Komunikasi intrapersonal menekankan peran dari proses komunikasi pada diri sendiri, contohnya merenung, berkhayal, dan lain – lain.

2. Komunikasi interpersonal.

Komunikasi ini mengacu pada bentuk komunikasi secara tatap muka. Komunikasi dengan melibatkan pertukaran informasi yang mana makna maupun perasaan kepada orang lain melalui pesan verbal ataupun non verbal.

3. Komunikasi kelompok kecil.

Jumlah orang dalam kelompok biasanya berkisar 5 – 7 orang. Komunikasi ini memiliki ciri kohesif, sinergi, jaringan dan terdapat aturan di dalamnya. Hal yang penting diperhatikan dalam komunikasi ini ialah cara memahami proses komunikasi, memperkirakan hasilnya dan meningkatkan proses komunikasi kelompok tersebut. Komunikasi organisasi. Komunikasi ini berhubungan dengan komunikasi interpersonal dalam sebuah organisasi yang terdapat hierarki di dalamnya.

4. Komunikasi publik.

Bentuk komunikasi ini biasanya berupa komunikasi dari seseorang ke banyak orang. Memiliki pesan bersifat persuasi, namun memperhatikan beberapa aspek seperti analisis khalayak, kredibilitas pembicara, hingga proses penyampaian pesan yang bersifat membujuk.

5. Komunikasi massa.

Komunikasi bentuk massa ini disampaikan pada banyak orang atau masyarakat lewat berbagai media, baik cetak maupun elektronik.

6. Komunikasi antar budaya.

Orang-orang yang memiliki latar belakang berbeda – beda lalu terlibat dalam komunikasi, maka disebut komunikasi antar budaya (Sarfika *et al.*, 2018).

2.1.6 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut Prabowo (2017) Beberapa teknik komunikasi terapeutik diantaranya, meliputi :

1. Mendengarkan

Ketika pasien memberikan pesan dengan cara lisan, tulisan, serta bahasa tubuh ialah dasar komunikasi untuk memahami perasaan pasien. Beri kesempatan pada pasien untuk berbicara dan perawat bertindak sebagai pendengar aktif tidak memotong pembicaraan. Teknik mendengarkan di antaranya yaitu: memandang wajah pasien saat berbicara, mempertahankan kontak mata dengan pasien, memberikan sikap yang menunjukkan perhatian serta tidak menyilangkan tangan dan kaki di hadapan pasien, hindari terlalu banyak gerakan yang tidak perlu, mengangkat kepala jika pasien berbicara suatu hal yang penting atau memberikan umpan balik, dan mencondongkan tubuh ke arah pasien saat berbicara.

2. Pertanyaan Terbuka

Memberi pasien kesempatan untuk bertanya, beri dukungan pasien untuk memilih pokok pembicaraan yang akan didiskusikan untuk

memperoleh informasi yang diinginkan perawat.

3. Mengulang

Metode untuk mengulangi gagasan utama yang dibicarakan oleh pasien, membantu untuk meningkatkan ekspresi pasien serta menginstruksikan petugas kesehatan serta mengikuti pembicaraan. Fakta bahwa para profesional perawat mendengar dan memvalidasi, memberi dukungan pasien dan menanggapi apa yang dikatakan oleh pasien.

4. Penerimaan

Memberikan dukungan dan bersedia untuk mendengarkan pasien dengan penuh perhatian tanpa memperlihatkan keraguan terhadap apa yang disampaikan pasien. Menunjukkan penerimaan yang artinya bersedia mendengar dan tidak memperlihatkan keraguan. Perawat tidak boleh melakukan tindakan seperti menggelengkan kepala, memutar mata, serta mengerutkan kening.

5. Klarifikasi

Tindakan memberi penjelasan kembali pikiran serta perasaan pasien berhubungan dengan informasi yang disampaikan, tetapi perawat ragu, kurang jelas, pasien tidak mau untuk mengatakan informasi dan perawat berusaha memahami keadaan yang diilustrasikan oleh pasien.

6. Memfokuskan

Memberi pasien kesempatan untuk membahas permasalahan pokok dan arahkan komunikasi pasien untuk mencapai maksud tujuan. Bertujuan untuk mempersempit topik pembahasan pasien, sehingga memfokuskan komunikasi dengan pasien untuk mencapai tujuan topik

pembahasan.

7. Memberikan Informasi

Untuk memberi informasi dengan melalui pendidikan kesehatan (penyuluhan) kepada pasien. Metode ini mengajarkan pendidikan pada pasien mengenai aspek yang berhubungan dengan perawatan dan kemandirian diri melalui pengobatan pasien. Keterangan yang diberi oleh pasien harus dapat memberi pengertian dan pemahaman yang baik mengenai permasalahan yang dialami pasien serta memberisolusi penyelesaian masalah.

8. Berikan Penghargaan

Mengucapkan serta memberikan salam pada pasien dan keluarga dengan menggunakan nama, menanyakan keadaan pasien saat ini, untuk menghormati pasien dan keluarga yang memiliki hak dan tanggung jawab kepada dirinya sendiri.

2.1.7 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Komunikasi Terapeutik

1. Rencana komunikasi

Jika rencana tujuan komunikasi jelas, maka komunikasi akan berhasil. Contohnya, jika perilaku pasien menimbulkan masalah, maka penting untuk mencoba mengubah perilaku tersebut sehingga menjadi lebih adaptif.

2. Lingkungan yang tenang

Lingkungan yang tenang merupakan lingkungan yang damai untuk menjalin komunikasi dengan pasien, dapat menjaga privasi pasien serta terjalin hubungan saling percaya untuk mencapai tujuan komunikasi. Sehingga perawat harus menyediakan lingkungan yang nyaman sebelum

menjalin komunikasi dengan pasien.

3 Privasi

Kemampuan tenaga kesehatan untuk menjaga privasi pasien sehingga terjalin hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan pasien.

4 Percaya diri

Tenaga kesehatan dan pasien harus percaya diri dan memiliki keberanian dalam berkomunikasi, sehingga komunikasi menjadi efektif.

5 Fokus pada pasien

Komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien harus fokus mencapai tujuan dengan memenuhi kebutuhan pasien.

6 Stimulus

Stimulus untuk mencapai komunikasi yang efektif harus menggunakan pemilihan komunikasi yang baik.

7 Jarak Komunikasi

Komunikasi yang efektif maka tenaga kesehatan harus memperhatikan jarak komunikasi. Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada agama, budaya, dan tingkat sosial (Anjaswarni, 2022).

2.1.8 Indikator Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut Prabowo (2017) Tahapan komunikasi terapeutik, sebagai berikut :

1. Tahapan Pra Interaksi

Tahap sebelum kontrak bertemu dengan pasien. Data informasi mengenai pasien dikumpulkan sebagai dasar untuk membuat rencana interaksi. Pada tahap ini memiliki keterkaitan pribadi diri perawat mengenai cara perawat mengamati kelebihan dan kekurangan, sehingga dapat

memperbaikinya agar bernilai terapeutik saat berkomunikasi dengan pasien.

2. Tahapan Orientasi

Tahap pertama kali perawat bertemu dan bertatap muka dengan pasien. Bertujuan membangun hubungan saling percaya perawat dan pasien. Perawat harus bersikap terbuka, menerima pasien, ikhlas, jujur, dan menghargai pasien dengan memberi senyum, salam, memperkenalkan diri sendiri, menanyakan panggilan nama pasien, menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang dilakukan, kontrak waktu, evaluasi (kognitif, psikomotor, afektif), percakapan masalah utama yang dialami pasien.

3. Tahapan Kerja

Tahap inti dari hubungan perawat dan pasien yang berkaitan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah direncanakan. Tahap ini perawat bersama pasien dalam mengatasi masalah utama pasien. Pada tahap ini perawat juga mendengarkan, membantu dan memberikan perhatian penuh untuk membantu pasien memecahkan masalah yang dihadapi.

4. Tahapan Terminasi

Tahap akhir dari tindakan perawat membuat kesimpulan hasil diskusi dan wawancara, memberi respon afirmatif, membuat rencana tindak lanjut, menyepakati pertemuan berikutnya, menutup wawancara dengan baik.

2.1.9 Alat Ukur Penilaian Komunikasi Terapeutik

Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibuat sesuai dengan teori Haryanto / Stuart & Sundeen tahapan komunikasi terapeutik dengan isinya menyesuaikan aplikasi komunikasi perawat selama berdinamis di ruang HCU. Instrumen komunikasi terapeutik perawat yang memiliki 19 pernyataan dengan skala

likert pilihan ada tiga jawaban yaitu selalu = 3, jarang = 2, dan tidak pernah = 1. Dimana hasil pernyataan dibagi menjadi 3 kelas yaitu : baik = 3, cukup baik = 2, tidak baik = 1, dimana nilai tertinggi 57 dan terendah 19. Sehingga didapatkan skor baik = 45 – 57, cukup baik = 32 – 44, dan tidak baik = 19 – 31. Kuesioner komunikasi teraupetik terdiri dari 4 tahap, yaitu tahap pra interaksi nomor 1–4, tahap orientasi nomor 5–9, tahap kerja nomor 10–15, tahap terminasi nomor 16–19.

Dengan Kriteria :

Baik = 45 – 57

Cukup Baik = 32 – 44

Kurang baik = 19 – 31

2.2 Konsep Dasar Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan berasal dari kata “cemas” yang menurut KBBI, cemas adalah tidak tenang hati karena khawatir, takut, gelisah dan sebagainya (Poerwodarminto 2023). Kecemasan adalah perasaan yang tidak jelas tentang kepribadian dan khawatir karena ancaman pada sistem nilai atau pola keamanan seseorang (Carpenito, 2016). Kecemasan adalah sebab dari resepsi dimana terdapat konflik emosional antara id dan super ego (Bertenz K, 2016).

Kecemasan dapat meningkatkan atau menurunkan kemampuan seseorang untuk memberikan perhatian (Perry & Potter, 2020). Kecemasan berbeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya obyek/sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu.

Rasa takut terbentuk dari proses kognitif yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam. Ketakutan disebabkan oleh hal

yang bersifat fisik dan psikologis (Suliswati, 2023).

2.2.2 Penyebab Kecemasan

Menurut Kaplan & Sadock (2017) Kecemasan dapat disebabkan dari berbagai faktor yang saling berinteraksi, antara lain :

1. Faktor Internal

Faktor internal berkaitan dengan kondisi dari dalam individu yang memengaruhi respon terhadap kecemasan (stress).

a. Kepribadian

Individu dengan kepribadian mudah cemas, perfeksionis, atau memiliki *self esteem* rendah lebih rentan mengalami kecemasan.

b. Pengalaman sebelumnya

Riwayat kehilangan anggota keluarga, pengalaman buruk di rumah sakit, atau perawatan kritis sebelumnya dapat meningkatkan kerentanan (Sa'diyah & Fitrianan, 2024).

c. Tingkat pengetahuan dan pendidikan

Keluarga dengan pengetahuan terbatas tentang kondisi pasien cenderung mengalami kecemasan lebih tinggi (Videbeck, 2011).

d. Mekanisme koping psikologis

Keluarga dengan mekanisme koping tidak efektif (menaarik diri, menyalahkan diri sendiri) lebih rentan mengalami kecemasan berat (Fauzan *et al.*, 2025).

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal berasal dari lingkungan sekitar yang berperan sebagai stressor.

a. Kondisi pasien

Semakin kritis kondisi pasien, semakin tinggi kecemasan keluarga (Wade *et al.*, 2021).

b. Lingkungan ruangan

Suasana ruang intensif yang penuh alat medis, suara alarm, serta pembatasan akses membuat keluarga merasa tegang (Wulandari, 2021).

c. Prognosis yang tidak pasti

Ketidakjelasan informasi medis dan prognosis pasien merupakan faktor terbesar menyebabkan kecemasan pada keluarga pasien ICU di Taiwan (Chien *et al.*, 2019).

d. Komunikasi tenaga kesehatan

Komunikasi perawat yang kurang empatik dan informasi medis yang tidak konsisten dan minimnya penjelasan mengenai kondisi pasien menjadi faktor utama kecemasan keluarga (Sari, 2019).

3. Faktor Sosial

Faktor sosial berhubungan dengan relasi antar individu dan lingkungan sosial.

a. Dukungan sosial

Keluarga yang kurang mendapatkan dukungan dari kerabat maupun lingkungan social lebih mudah cemas (Hawari, 2013).

Kurangnya dukungan sosial merupakan faktor dominan penyebab stress berat pada 84% keluarga pasien di ICU (Fauzan, *et al.*, 2025).

b. Budaya dan nilai keagamaan

Keyakinan tentang sakit, kematian, dan kesembuhan memengaruhi

persepsi keluarga terhadap situasi pasien.

c. Hubungan keluarga

Hubungan antar anggota keluarga yang renggang dapat membuat individu lebih rentan cemas dibandingkan keluarga dengan ikatan yang kuat (Keliat, 2019).

4. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi menjadi salah satu stressor signifikan, khususnya di konteks pelayanan kesehatan.

a. Biaya perawatan

Perawatan intensif membutuhkan biaya besar, sehingga menambah tekanan psikologis pada keluarga pasien (Keliat, 2019).

b. Kondisi finansial keluarga

Keluarga dengan keterbatasan ekonomi harus membagi perhatian antara biaya perawatan pasien dan kebutuhan sehari – hari yang pada akhirnya memperburuk kecemasan (Wade *et al.*, 2021).

2.2.3 Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Tingkat Kecemasan

Tidak semua kecemasan dapat dikatakan bersifat patologis, namun juga ada kecemasan yang bersifat normal. Menurut Ramaiah dalam Muyasaroh *et al.*, (2020) beberapa faktor yang menyebabkan kecemasan, antara lain :

1. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap

lingkungannya. Mengacu pada hasil penelitian Susanti, *et al* (2023) menyimpulkan faktor–faktor yang memengaruhi kecemasan diantaranya lingkungan rumah sakit. Begitu juga dengan penelitian Junaini, Dkk (2021) menyimpulkan bahwa faktor–faktor yang menyebabkan kecemasan subjek diantaranya adalah lingkungan (lingkungan sekitar rumah, lingkungan tempat kerja, dan lingkungan keluarga), emosi-emosi yang ditekan, dan sebab-sebab fisik.

2. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama. Mengacu pada hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Susanti, *et al* (2023) faktor–faktor yang memengaruhi kecemasan seperti emosi yang ditekan. Begitu juga dengan penelitian Junaini, Dkk (2021) faktor–faktor yang menyebabkan kecemasan subjek diantaranya adalah lingkungan (sekitar rumah, tempat kerja, dan keluarga), emosi-emosi yang ditekan, dan sebab-sebab fisik.

3. Sebab – sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi- kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Mengacu pada penelitian Junaini, Dkk (2021) menyimpulkan faktor–faktor yang menyebabkan kecemasan subjek diantaranya adalah lingkungan (lingkungan sekitar rumah, lingkungan tempat kerja, dan lingkungan keluarga), emosi-emosi yang ditekan, dan sebab-sebab fisik.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2022), tingkat kecemasan antara lain :

1. Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari menyebabkan seseorang jadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar serta menghasilkan kreativitas.

2. Kecemasan Sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat untuk berpikir tentang hal – hal lain. Semua perilaku untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk memusatkan dengan orang lain.

4. Panik

Berhubungan dengan ketakutan dan teror, karena mengalami kehilangan kendali Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi keprihadian, peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan tidak sebagian sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan.

2.2.5 Karakteristik Tingkat Kecemasan

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu terdorong belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Tanda-Tanda kecemasan ringan diantaranya:

- a. Fisik : sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, gejala ringan berkeringat, muka berkerut dan bibir berkeringat.
- b. Kognitif : lapang persepsi meluas, mampu menerima rangsang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah actual.
- c. Perilaku dan emosi : tidak dapat duduk dengan tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

2. Kecemasan Sedang

Pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun/individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

Tanda-Tanda kecemasan sedang diantaranya :

- a. Fisik: sering nafas pendek, nadi ekstra sistole, tekanan darah meningkat. ulut kering, anoreksia, diare atau konstipasi, gelisah
- b. Kognitif : lapang persepsi meningkat, tidak mampu menerima rangsang lagi, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya
- c. Perilaku dan emosi: gerakan ntersentak-sentak, meremas tangan, bicara lebih banyak dan cepat, susah tidur dan perasaan tidak aman

3. Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat lahan persepsi menjadi sempit. Individu cenderung

memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal-hal yang lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan atau tuntutan. Tanda – Tanda kecemasan berat diantaranya :

- a. Fisik : nafas pendek nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan ketegangan.
 - b. Kognitif : persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah.
 - c. Perilaku dan emosi : perasaan ancaman meningkat, bicara cepat, blocking.
4. Kecemasan Panik, tanda - tanda diantaranya :
- a. Fisik: nafas pendek. rasa tercekik dan palpitasi sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah.
 - b. Kognitif : lapang persepsi sangat menyempit tidak dapat berpikir logis.
 - c. Perilaku dan emosi : agitasi, mengamuk, marah ketakutan, berteriak, blocking, kehilangan kontrol diri, persepsi datar.
 - d. Respon Fisiologis
 - 1) Kardiovaskuler : berdebar, tekanan darah dan nadi meningkat / menurun.
 - 2) Saluran Pernafasan : Nafas cepat dangkal, rasa dada tertekan, rasa tercekik.
 - 3) Gastrointestinal : anoreksia, mual, diare, rasa tidak enak pada epigastrium.
 - 4) Neuromuskuler : Peningkatan refleks, wajah tegang, insomnia,

gelisah, kelelahan secara umum, ketakutan, tremor

5) Saluran Kemih : Tak dapat menahan buang air kecil

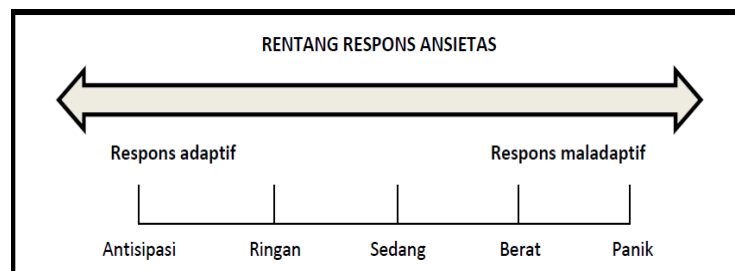
6) Sistem Kulit : Muka pucat, perasaan panas/dingin pada kulit, rasa terbakar pada muka, berkeringat setempat atau seluruh tubuh dan gatal-gatal

7) Respon Kognitif : konsentrasi menurun, pelupa, raung persepsi berkurang atau menyempit, takut kehilangan kontrol, obyektifitas hilang.

8) Respon emosional : Kewaspadaan meningkat, tidak sadar, takut, gelisah, pelupa, cepat marah, kecewa, menangis dan rasa tidak berdaya.

Stuart & Sundeen (2022) mengatakan rentan respon individu berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti :

1. Rentang respon kecemasan :



Gambar 2.1 Rentang Respon Ansietas

a. Respons Adaptif

Hasil positif diperoleh ketika individu mampu mengelola kecemasan. Kecemasan dapat menjadi motivasi dan tantangan untuk menyelesaikan masalah. Strategi adaptif seperti berbicara dengan orang lain, menangis, tidur, berolahraga, atau relaksasi membantu

mengatasinya.

b. Respons Maladaptif

Jika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas isolasi diri, banyak makan, berjudi, konsumsi alkohol dan obat terlarang.

2. Respon Psikologis

Kecemasan dapat memengaruhi aspek interpersonal maupun personal. Kecemasan tinggi akan memengaruhi koordinasi dan gerak reflek. Kesulitan mendengarkan akan mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan orang lain.

3. Respon Kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berfikir baik proses pikir maupun isi pikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapangan persepsi, bingung.

4. Respon Afektif

Secara afektif pasien akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan dan curiga terhadap kecemasan.

2.2.6 Penatalaksanaan Kecemasan Pada Keluarga Pasien

Menurut Stuart (2016) kecemasan terbagi menjadi empat tingkat, yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Setiap tingkat kecemasan memiliki manifestasi klinis yang berbeda, sehingga penatalaksanaannya harus disesuaikan. Kaplan & Sadock (2017) menambahkan bahwa penatalaksanaan kecemasan bertujuan

mengembalikan individu pada tingkat fungsi adaptif dengan memberikan rasa aman, meningkatkan kontrol, dan mendukung mekanisme koping.

1. Kecemasan Ringan

Individu masih mampu untuk berfikir positif (jernih), waspada, dan dapat menerima informasi dengan baik.

- a. Memberikan komunikasi terapeutik dengan mendengarkan aktif dan empati.
- b. Menyediakan edukasi sederhana tentang kondisi pasien.
- c. Mendorong penggunaan koping adaptif, seperti do'a, aktivitas ringan, atau berbagi cerita dengan keluarga lain.
- d. Mengajarkan teknik relaksasi sederhana, misalnya pernafasan dalam.

2. Kecemasan Sedang

Fokus perhatian mulai menyempit, keluarga kesulitan berkonsentrasi, dan lebih sensitif terhadap stressor.

- a. Gunakan komunikasi singkat, jelas dan berulang bila perlu.
- b. Batasi penyampaian informasi hanya pada hal yang penting.
- c. Fasilitasi keluarga untuk mengekspresikan kekhawatiran dan memberikan dukungan emosional.
- d. Ajarkan teknik relaksasi terarah (pernafasan diafragma, relaksasi otot progresif).
- e. Dorongan keterlibatan keluarga dalam tindakan sederhana yang sesuai agar merasa berdaya.

3. Kecemasan Berat

Individu sulit berfikir logis, perhatian sangat terbatas, dan reaksi fisiologis

meningkat (jantung berdebar, nafas cepat).

- a. Arahkan keluarga di lingkungan yang tenang untuk meminimalkan rangsangan.
- b. Gunakan suara lembut, tenang dan instruksi sederhana.
- c. Berikan pendampingan langsung untuk menumbuhkan rasa aman.
- d. Hindari memberikan informasi berlebihan, cukup hal-hal yang pokok (inti).
- e. Jika kecemasan tidak terkendali, lakukan kolaborasi dengan psikolog atau psikiater.

4. Kecemasan Panik

Individu kehilangan kemampuan berfikir rasional, perilaku tidak terarah, bahkan dapat menimbulkan risiko keselamatan.

- a. Utamakan keselamatan keluarga, jauhkan dari situasi yang berisiko melukai diri sendiri atau orang lain.
- b. Tetap berada di dekat keluarga dengan sikap tenang dan suportif.
- c. Berikan instruksi singkat dan sederhana (satu perintah setiap kali).
- d. Pindahkan ke tempat yang lebih privat dan tenang untuk mengurangi stimulasi lingkungan.
- e. Segera lakukan kolaborasi dengan tim medis (psikolog/psikiater), termasuk pertimbangan pemberian farmakoterapi (*anxiolytic*) jika diperlukan.

2.2.7 Kecemasan Pasien Di Ruang Rawat Inap

Reaksi yang terjadi apabila seseorang mengalami sakit dan opname di ruang rawat inap rumah sakit, ada beberapa hal yang terjadi pada perubahan

emosionalnya, antara lain penolakan, depresi dan kecemasan. Kecemasan merupakan salah satu bentuk emosi individu yang berkenaan dengan adanya rasa terancam oleh sesuatu, biasanya dengan objek ancaman yang tidak begitu jelas. Kecemasan dengan intensitas yang wajar dapat dianggap memiliki nilai positif sebagai motivasi. Apabila intensitasnya sangat kuat dan bersifat negatif, justru malah akan menimbulkan kerugian dan dapat mengganggu keadaan fisik dan psikis individu yang bersangkutan (Astuti, 2017).

Tingkat kecemasan yang terjadi pada pasien, berbeda-beda ada yang kecemasan ringan seperti takut, kelelahan, kecemasan sedang seperti denyut jantung dan pernapasan meningkat, konsentrasi menurun, ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis dan kecemasan berat seperti insomnia, sering kencing, bingung, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, disorientasi, kemudian yang terakhir adalah panik seperti ketakutan, pucat, berteriak, menjerit dan terkadang mengalami halusinasi dan delusi (Potter dan Perry, 2020).

Banyak faktor yang membuat pasien di ruang rawat inap mengalami kecemasan, antara lain; terjadinya perubahan peran dalam keluarga, terganggunya masalah psikologis, masalah keuangan, masalah sosial seperti merasa kesepian dan perpisahan, perubahan gaya hidup, privasi serta otonomi diri dan kecemasan ini akan semakin meningkat jika dukungan selama sakit di ruang rawat inap terbatas.

2.2.8 Indikator Komponen Penilaian Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2022) Kuesioner ini terdiri dari 14 komponen, diantaranya 13 kategori gejala kecemasan dan 1 kategori perilaku dengan skala HARS terdiri dari 14 Komponen, antara lain :

1. Perasaan cemas : cemas, takut, mudah tersinggung dan firasat buruk
2. Ketegangan : lesu, tidur tidak tenang, gemetar, gelisah, mudah terkejut dan mudah menangis.
3. Ketakutan : takut akan gelap, ditinggal sendiri, orang asing, binatang besar, keramaian lalu lintas, kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur : sulit tidur, terbangun malam hari, tidak puas, bangun lesu, sering mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan : daya ingat buruk.
6. Perasaan depresi : kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, berkurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari
7. Gejala somatic : nyeri kaki, kedutan,, gigi gemertak, suara tidak stabil.
8. Gejala Sensorik : tinnitus, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, lemas,
9. Gejala kardiovakuler : tachicardi, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemas seperti akan pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala Pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, merasa napas pendek atau sesak, sering menarik napas panjang.
11. Gejala saluran pencernaan makanan : sulit menelan, mual, muntah, rasa penuh,, konstipasi, perut melilit, defekasi lembek, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, rasa panas di perut, berat badan menurun, perut terasa panas atau kembung.
12. Gejala Urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing
13. Gejala Vegetatif atau Otonom : mulut kering, wajah kering, mudah berkeringat, dan sering pusing atau sakit kepala, serta bulu roma tubuh

berdiri.

14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi, wajah tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah

2.2.9 Alat Ukur Kecemasan

Menurut Mc Dowell *et al.*, (2018) dalam mengukur tingkat kecemasan terdapat beberapa macam skala yang dapat digunakan, sebagai berikut:

1. *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Skala ini diciptakan oleh Max Hamilton. Alat ukur ini bertujuan menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Penggunaan alat ukur HARS ditunjukkan kepada pasien yang telah didiagnosa mengalami gangguan kecemasan, bukan mendeteksi kecemasan pada pasien dengan diagnosa lain.

Adapun cara penilaiannya adalah dengan sistem scoring yaitu :

Nilai 0 = Tidak ada gejala

Nilai 1 = Gejala Ringan (Satu gejala dari pilihan yang ada)

Nilai 2 = Gejala Sedang (separo dari gejala yang ada)

Nilai 3 = Gejala Berat (Lebih dari separo gejala yang ada)

Nilai 4 = Gejala Berat Sekali (Semua gejala ada)

Bila :

Skor kurang dari 14= Tidak ada kecemasa

Skor 14 - 20 = Kecemasan ringan

Skor 21 – 27 = Kecemasan sedang

Skor 28 – 41 = Kecemasan berat

Skor 42 – 56 = Kecemasan berat sekali

Pada saat wawancara dilakukan banyak ditemukan karakteristik dari kecemasan yaitu 6 gejala psikologis dan 7 gejala fisiologis. Skor HARS dilakukan dengan cara menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor 0-56.

Dalam melakukan pengisian penilaian skor dalam kuesioner ini dilakukan oleh petugas kesehatan. Reliabilitas kuesioner ini menggunakan 23 koefisien reliabilitas spearman-brown dengan hasil reliabilitas 0,83 dan validitasnya 0,77.

2. *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

Skala ini mengukur tingkat keparahan kecemasan yang dirasakan kelompok usia orang dewasa dan remaja yang dirancang secara khusus meminimalkan kerancuan gejala depresi. Skala pengukuran terdiri dari 21 item pernyataan dengan 14 item pernyataan meliputi gejala somatik dan 7 item pernyataan merupakan aspek subjektif dari kecemasan. Dalam melakukan pengisian kuesioner ini dapat dilakukan sendiri oleh responden, namun interpretasi skor tetap dilakukan oleh peneliti. Reliabilitas alat ukur ini 0,75 dan validitasnya 0,85.

3. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Pada awalnya alat ukur ini digunakan untuk mempelajari kecemasan pada populasi normal orang dewasa, namun skala ini juga digunakan menyaring gangguan kecemasan dan dapat digunakan pada sampel pasien. Alat pengukuran ini terdiri dari 2 kategori yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. Skor STAI dilakukan dengan cara menilai tiap soal, dijumlahkan skor 0-60 selanjutnya di kategorikan. Reliabilitas kuesioner ini 0,89 dan validitasnya 0,73. 24

4. *Zung Self Rating Anxiety Scale* (SAS/ZRAS)

Penilaian kecemasan pasien dewasa oleh William W.K.Zung dikembangkan

berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV), bertujuan menguji tingkat kecemasan secara kuantitatif, menilai kecemasan dan menentukan gejala kecemasan.

Terdapat 20 pernyataan, dimana setiap pernyataan diberi nilai 1-4 :

- 1: tidak pernah,
- 2: kadang- kadang,
- 3: sering (beberapa kali),
- 4: selalu (hampir setiap saat).

Terdapat 15 pernyataan terhadap peningkatan kecemasan dan 5 pernyataan terhadap penurunan kecemasan (*Zung Self Rating Anxiety Scale* dalam Ian McDowell, 2006) Rating rating adalah 20-80, dengan pengelompokan antara lain:

Skor 20-44: Normal/Tidak Cemas,

Skor 45-59: Kecemasan Ringan,

Skor 60-74 : Kecemasan Sedang

Skor 75-80 : Kecemasan Berat.

2.2.10 Pendekatan Teori Caring Jean Watson Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Rawat Inap

Filosofi Watson tentang asuhan keperawatan (1979, 1985, 1988) berupaya mendefinisikan hasil dari aktifitas keperawatan yang berhubungan dengan aspek humanistik dari kehidupan (Watson, 1979 dalam Marriner-Tomey, 1994). Tindakan keperawatan mengacu langsung pada pemahaman hubungan antara sehat, sakit, dan perilaku manusia. Keperawatan memperhatikan peningkatan kesehatan dan mengembalikan kesehatan, serta pencegahan terjadinya penyakit.

Model Watson dibentuk melingkupi proses asuhan keperawatan, pemberian

bantuan bagi pasien dalam mencapai atau mempertahankan kesehatan atau mencapai kematian yang damai. Intervensi keperawatan berkaitan dengan proses perawatan manusia. Perawatan manusia membutuhkan perawat yang memahami perilaku dan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial, kebutuhan manusia dan bagaimana berespons terhadap orang lain, serta memahami kekurangan dan kelebihan pasien dan keluarganya, sekaligus memberikan kenyamanan dan perhatian serta empati pada pasien dan keluarganya. Asuhan keperawatan tergambar pada sepuluh faktor *carative* yang digunakan oleh perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan pada pasien (Watson, 1987) dalam Sulistyorini (2018). Dari salah satu atau beberapa sepuluh faktor caratif diharapkan dapat mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien di rawat inap.

2.3 Konsep Dasar Keluarga

Menurut Andarmoyo dalam Clara (2020) keluarga adalah perkumpulan dua orang atau lebih yang dihubungkan oleh ikatan darah, perkawinan atau adopsi dan setiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain dengan tujuan untuk menciptakan dan memelihara budaya bersama, seperti peningkatan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Jhonson & Leni, 2017).

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah :

1. Terdiri dua atau lebih individu terkait hubungan darah, perkawinan, adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka

tetap memperhatikan satu sama lain.

3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing peran sosial suami, istri, kakak dan adik.
4. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologi dan sosial anggota (Jhonson & Leni, 2017).

2.4 Konsep Dasar *High Care Unit* (HCU)

2.4.1 Defenisi HCU

Menurut Kemenkes RI (2020) *High Care Unit* (HCU) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit bagi pasien kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun memerlukan pengobatan, perawatan dan pemantauan ketat.

HCU adalah unit perawatan *intermediate* (perantara) bagi pasien dengan kondisi stabil namun masih memerlukan pemantauan ketat dan intervensi medis lebih lanjut, namun tidak membutuhkan perawatan intensif seperti di ICU (*Intensive Care Unit*). Pasien di HCU umumnya memiliki risiko tinggi mengalami perburukan kondisi atau memerlukan dukungan organ vital yang minimal.

2.4.2 Fungsi HCU

Menurut Kemenkes RI (2020), HCU berfungsi sebagai jembatan antara ruang rawat inap biasa dan ICU, atau sebagai langkah *step-down* dari ICU sebelum pasien dipindahkan ke ruang rawat inap biasa. Selain itu fungsi dari ruang HCU itu sendiri adalah untuk mengetahui secara dini perubahan-perubahan yang membahayakan, sehingga bisa dengan segera dipindah ke ICU untuk dikelola lebih baik lagi.

Menurut Marino, P. L. (2014) secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pemantauan Ketat

Memantau tanda-tanda vital, hemodinamik, saturasi oksigen, dan parameter klinis lainnya secara terus-menerus dan lebih intensif dibandingkan ruang rawat inap biasa. Ini penting untuk mendeteksi dini adanya perubahan kondisi atau komplikasi.

2. Intervensi Dini

Memberikan intervensi medis dan keperawatan yang cepat dan tepat waktu untuk mencegah perburukan kondisi pasien, termasuk dalam pemberian obat-obatan, terapi oksigen, cairan intravena, dan penyesuaian terapi.

3. Stabilisasi Kondisi Pasien

Membantu menstabilkan kondisi pasien yang berada dalam kondisi kritis namun tidak memerlukan dukungan organ vital yang kompleks.

4. Pencegahan Komplikasi

Mengidentifikasi dan mencegah komplikasi yang mungkin timbul pada pasien dengan risiko tinggi.

5. Persiapan menuju Perawatan Lebih Lanjut / Kembali ke Ruang Rawat Inap :

- a. Step-down dari ICU

Menerima pasien yang telah stabil dari ICU namun masih memerlukan pemantauan lebih lanjut sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap biasa.

- b. Step-up dari Ruang Rawat Inap

Menerima pasien dari ruang rawat inap biasa yang mengalami perburukan kondisi dan memerlukan pemantauan serta intervensi lebih intensif sebelum dipindahkan ke ICU (jika diperlukan).

6. Pemberian Dukungan Organ Minimal

Seperti dukungan pernapasan non-invasif (misal CPAP/BiPAP), pemantauan jantung invasif yang minimal, atau dukungan nutrisi khusus.

2.4.3 Kriteria Pasien HCU

Kriteria pasien HCU Menurut Kemenkes RI (2010), sebagai berikut:

1. Pasien gagal organ tunggal yang mempunyai resiko tinggi komplikasi.
2. Pasien yang memerlukan perawatan perioperative.

2.4.4 Peran Perawat HCU

Perawat memegang peran sentral dan krusial di HCU. Mereka adalah ujung tombak dalam pemantauan, intervensi, dan koordinasi perawatan pasien. Peran perawat di HCU menurut Pudjiastuti. S , dkk (2020) meliputi:

1. Pemantauan dan Penilaian Berkelanjutan :
 - a. Melakukan pengkajian fisik secara komprehensif dan berkelanjutan (setiap jam atau lebih sering sesuai kondisi pasien).
 - b. Memantau tanda-tanda vital, saturasi oksigen, pola napas, kesadaran, output urine, dan parameter hemodinamik secara ketat.
 - c. Mengidentifikasi perubahan kondisi pasien dan melaporkan segera ke dokter
2. Manajemen Terapi dan Intervensi :
 - a. Melaksanakan terapi medis sesuai instruksi dokter
Misal : pemberian obat-obatan intravena, transfusi darah, terapi oksigen
 - b. Memastikan akurasi dosis dan rute pemberian obat.
 - c. Memfasilitasi prosedur diagnostik dan terapeutik.

- d. Memberikan bantuan pernapasan non-invasif.
3. Manajemen Cairan dan Elektrolit :
- a. Memantau keseimbangan cairan (*intake dan output*).
 - b. Melaporkan hasil laboratorium, koreksi ketidakseimbangan elektrolit.
4. Pencegahan Komplikasi :
- a. Melakukan tindakan pencegahan dekubitus (luka tekan), DVT (*deep vein thrombosis*), infeksi terkait kateter, dan pneumonia terkait ventilator (jika ada dukungan ventilasi).
 - b. Memastikan kebersihan diri pasien dan lingkungan.
5. Dukungan Psikososial :
- a. Memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga.
 - b. Menjelaskan prosedur dan kondisi pasien dengan bahasa mudah dimengerti.
 - c. Membantu mengurangi kecemasan dan ketakutan.
6. Koordinasi Perawatan :
- a. Berkoordinasi dengan tim medis lain (dokter, ahli gizi, fisioterapis, dll) untuk memastikan rencana perawatan yang holistic.
 - b. Mencatat dengan akurat semua observasi, intervensi, dan respon pasien.
7. Edukasi Pasien dan Keluarga :
- a. Memberi edukasi kondisi pasien, pengobatan, dan perawatan lanjutan.
 - b. Menyiapkan pasien dan keluarga transisi ke ruang rawat inap biasa

atau pulang.

8. Keterampilan Teknis Khusus :
 - a. Menguasai penggunaan peralatan medis canggih seperti monitor invasif/non- invasif, pompa infus, ventilator non-invasif, dan defibrilator.
 - b. Mampu melakukan resusitasi jantung paru (RJP) dasar dan lanjutan.

2.5 Model Konsep Teori Keperawatan (Model Adaptasi)

Teori keperawatan merupakan usaha–usaha untuk menguraikan atau menjelaskan fenomena mengenai keperawatan. Teori keperawatan digunakan untuk menyusun suatu model yang berhubungan dengan konsep keperawatan diantaranya *pertama*, teori keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi dan menjabarkan konsep khusus yang berhubungan dengan hal–hal nyata dalam keperawatan sehingga teori keperawatan didasarkan kenyataan-kenyataan yang ada di dalamnya; *kedua*, teori keperawatan digunakan untuk berdasarkan alasan-alasan sesuai dengan kenyataan yang ada; *ketiga*, teori harus konsisten sebagai dasar–dasar dalam mengembangkan model konsep keperawatan; *keempat*, dalam menunjang aplikasi, teori harus sederhana dan sifatnya umum sehingga dapat digunakan pada kondisi apapun dalam praktek keperawatan; *kelima*, teori digunakan dasar penelitian keperawatan sehingga digunakan dalam pedoman praktek keperawatan (Hidayat, 2019).

2.5.1 Teori Keperawatan Jean Watson dalam Pelaksanaan Penelitian

Teori Jean Watson, yaitu Teori Caring (*Human Caring Theory*), merupakan salah satu teori keperawatan yang berfokus pada hubungan manusiawi antara perawat dan pasien. Teori ini menekankan pentingnya sikap empati, perhatian,

dan kasih sayang dalam memberikan asuhan keperawatan. Menurut Watson, pasien harus dipandang secara holistik, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, sehingga perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi tindakan medis, tetapi juga sebagai pendamping yang memahami kebutuhan emosional dan spiritual pasien (Alligood, 2017).

Dalam konteks penelitian keperawatan, teori Jean Watson berperan penting sebagai kerangka konseptual untuk memahami bagaimana *caring* perawat dapat memengaruhi kondisi psikologis pasien, termasuk tingkat kecemasan. Pendekatan *caring* yang dilakukan dengan empati, komunikasi terapeutik, serta dukungan emosional dapat membantu pasien merasa lebih aman, dihargai, dan dipahami. Hal ini berkontribusi dalam menurunkan kecemasan yang sering muncul akibat penyakit, tindakan medis, atau situasi perawatan di rumah sakit (Suliman *et al.*, 2019). Selain itu, teori ini mengarahkan proses intervensi keperawatan agar menciptakan lingkungan yang menenangkan, penuh kepedulian, dan menghargai martabat pasien. Melalui hubungan yang penuh kasih dan kehadiran perawat yang tulus, pasien dapat mencapai keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan jiwa. Dalam tahap evaluasi hasil penelitian, teori Watson dapat digunakan untuk menilai sejauh mana penerapan *caring* mampu menurunkan tingkat kecemasan, meningkatkan kenyamanan, ketenangan, serta kepercayaan pasien terhadap perawat (Watson, 2020). Dengan demikian, teori Jean Watson relevan digunakan dalam penelitian yang berhubungan dengan kecemasan pasien, karena melalui penerapan *caring*, perawat dapat membantu pasien beradaptasi secara positif terhadap stres dan situasi yang menimbulkan kecemasan, sehingga mempercepat proses penyembuhan secara menyeluruh.

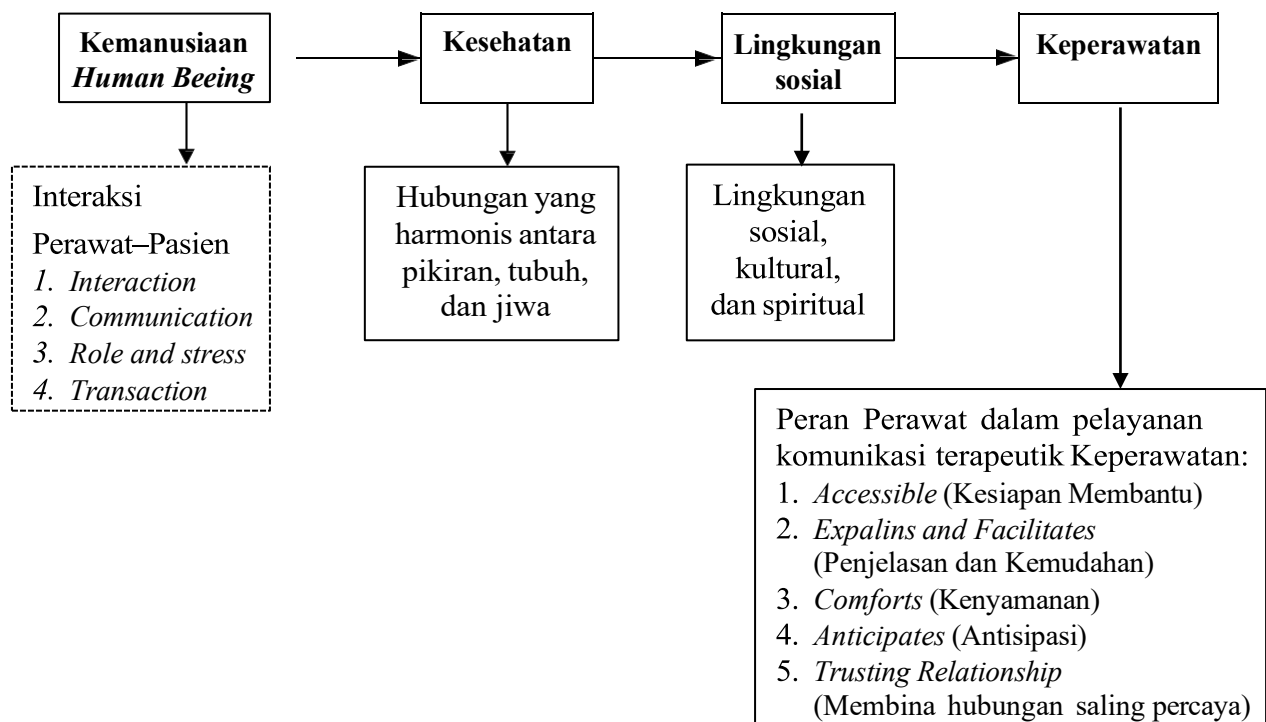
2.6 Hubungan Antar Konsep

Komunikasi terapeutik merupakan bentuk komunikasi yang digunakan perawat untuk membantu pasien dan keluarganya dalam menghadapi masalah kesehatan. Melalui komunikasi terapeutik yang efektif, perawat dapat memberikan dukungan emosional, rasa aman, serta meningkatkan kepercayaan keluarga terhadap proses perawatan pasien. Komunikasi yang baik memungkinkan keluarga mengekspresikan perasaan, kecemasan, serta ketakutannya terhadap kondisi pasien yang sedang dirawat di ruang HCU (*High Care Unit*), sehingga perawat dapat memberikan respon yang empatik dan menenangkan (Alligood, 2017).

Menurut teori *Human Caring* Jean Watson, interaksi yang dilandasi kepedulian, empati, dan kasih sayang dapat menciptakan hubungan manusiawi yang bermakna antara perawat dan pasien maupun keluarganya. Hubungan ini berperan penting dalam mengurangi tekanan psikologis seperti kecemasan, karena keluarga merasa diperhatikan, dihargai, dan mendapatkan informasi yang jelas mengenai kondisi pasien. Dengan demikian, komunikasi terapeutik menjadi salah satu bentuk nyata penerapan *caring* dalam praktik keperawatan (Watson, 2020). Kecemasan keluarga pasien di ruang HCU umumnya disebabkan oleh ketidakpastian kondisi pasien, kurangnya informasi, serta kekhawatiran terhadap hasil pengobatan. Melalui komunikasi terapeutik yang baik, perawat dapat membantu keluarga memahami situasi, menumbuhkan harapan, serta menurunkan tingkat kecemasan. Dengan kata lain, semakin efektif komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat, maka semakin rendah tingkat kecemasan yang dirasakan keluarga pasien. Oleh karena itu, terdapat hubungan yang erat antara komunikasi

terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU. Komunikasi terapeutik yang baik menjadi faktor penting dalam menciptakan rasa tenang, meningkatkan kepercayaan, serta membantu keluarga menghadapi situasi krisis secara lebih adaptif (Stuart, 2020).

Hubungan antara konsep berdasarkan penelitian ini membagi konsep utama keperawatan dalam 4 empat bagian, yaitu :



Gambar 2.2 Hubungan antar Konsep

2.7 Hasil Literatur Riview

Tabel 2.1 *Literature Review*

No	Judul Artikel (Pengarang Tahun)	Metode (Desain, Sampel Sampling, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Bedah Rs Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Umi Romayati Keswara, Eka Trismiyana, Riska Wandini 2019	Jenis penelitian ini adalah kuantitatif. Teknik sampling yang digunakan adalah accidental sampling. Uji statistik menggunakan uji chi square.	Hasil analisa bivariate diperoleh terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan keluarga pasien di Ruang Bedah RS Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2017 dengan $p\text{-value} < \alpha 0,003 < 0,05$. Yang perlu diberikan yaitu perlu lebih ditingkatkannya komunikasi terapeutik perawat untuk mengatasi kecemasan keluarga pasien.
2	Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Baru Di Ruang Ugd Puskesmas Tamanan Bondowoso Rini Novita, Setyo Adi Nugroho, Yudho Tri Handoko 2020	Penelitian korelasi ini dengan pendekatan cross sectional. Sampel penelitian berjumlah 171 orang. Alat ukur yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu kuesioner, analisis data menggunakan uji rho spearman.	Komunikasi terapeutik perawat sebagian besar kategori baik, yaitu sebanyak 128 responden (74,9%). Tingkat kecemasan pasien baru kategori tidak cemas yaitu sebanyak 127 responden (74,3%). Hasil uji Rho Spearman Diperoleh nilai koefisien (r) sebesar 0,901 dengan p value sebesar 0,000.
3	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Arya Ramadia*, Rahmaniza, Afzal Maulidi 2022	Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan cross sectional. Sampel pada penelitian ini sebanyak 65 orang yang diambil dengan <i>purposive sampling</i> diruang rawat inap.	Hasil penelitian ini didapatkan mayoritas komunikasi terapeutik Perawat dalam kategori baik (55,4%) dan tingkat kepuasan pasien dalam kategori tinggi (47,7%). Uji Chi square menunjukkan Ada hubungan komunikasi terapeutik Perawat dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap dengan nilai p value 0,000. Disarankan pada RSUD Teluk Kuantan

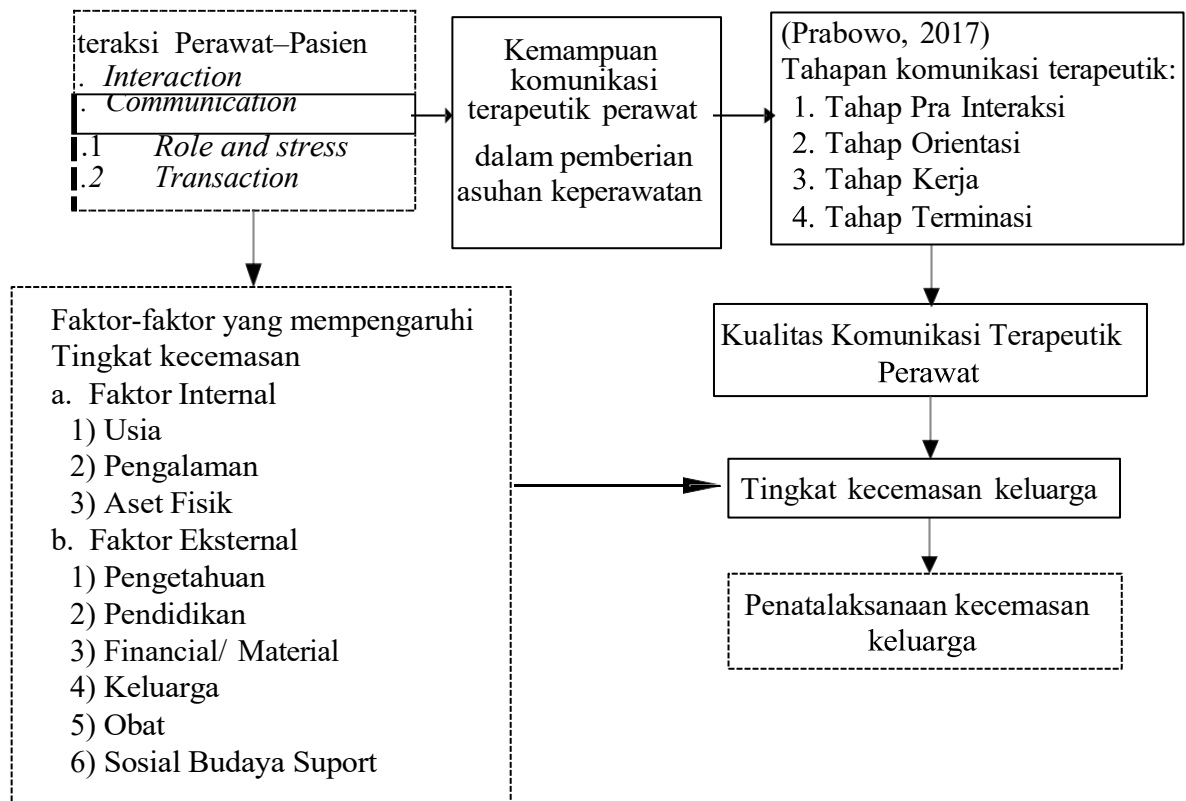
No	Judul Artikel (Pengarang Tahun)	Metode (Desain, Sampel Sampling, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
			terutama perawat untuk dapat menerapkan komunikasi terapeutik pada semua pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan, dan diharapkan pihak rumah sakit dapat menerapkan SOP khusus tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik agar meningkatkan kenyamanan terhadap pasien sendiri, serta meningkatkan kepuasan bagi keluarga pasien
4	Korelasi Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien HCU Novia Heriani, Clarissa Maharani Gandi 2022	Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh keluarga pasien di Ruang HCU RSUD Ulin Banjarmasin pada bulan Mei - Juni 2022. Pengambilan sampel dengan sampel jenuh, berjumlah 69 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner komunikasi terapeutik perawat dan kepuasan keluarga pasien dengan uji statistik Spearman Rank.	Hasil : Hasil uji statistik didapatkan nilai p value (0,000) < α (0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada korelasi antara komunikasi terapeutik dengan kepuasan keluarga pasien di ruang HCU RSUD Ulin Banjarmasin dengan nilai spearman rank 0,670 yang menunjukkan arah korelasi positif dan hubungan kedua variabel sangat kuat. Kesimpulan: Perawat harus memiliki kemampuan melaksanakan komunikasi terapeutik yang baik agar kepuasan keluarga pasien terus meningkat.

No	Judul Artikel (Pengarang Tahun)	Metode (Desain, Sampel Sampling, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
5	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit (HCU) Di Ruma Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2023 Ika Maryani Program Studi Keperawatan, Stikes Santa Elisabeth, Medan, Indonesia. 2023	Desain dari penelitian ini menggunakan metode survey analitik dengan pendekatan cross sectional, lokasi penelitian di HCU RS. Santa Elisabeth Medan. Populasi dari penelitian adalah Seluruh keluarga pasien yang berada diruang tunggu HCU RS Santa Elisabeth Medan sekitar 32 responden. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Instrumen yang digunakan yaitu kuisioner komunikasi terapeutik dan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).	Hasil dari penelitian Yang memiliki komunikasi terapeutik baik sebanyak 21 orang (65.6%), sedangkan keluarga pasien kebanyakan mengalami kecemasan berat sebanyak 24 orang (75.0). Hasil uji korelasi spearman di dapatkan p value = 0,000dan koefisien korelasi spearman (r) =0,790. Kesimpulan: Dalam penelitian ini menunjukan bahwa komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mengurangi kecemasan bagi keluarga pasien

BAB 3

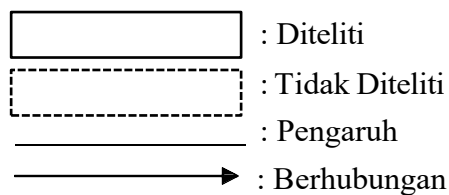
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien DiRuang HCU Rumah Sakit X.

Keterangan:



3.2 Hipotesis

Ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X.

BAB 4

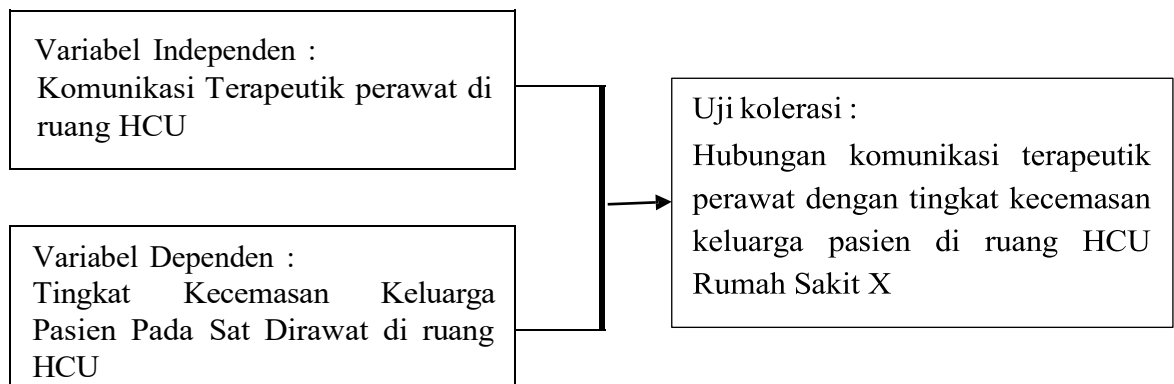
METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab metodologi penelitian akan menjelaskan mengenai : 1). Desain Penelitian, 2). Kerangka Kerja, 3). Waktu dan Tempat Penelitian, 4). Populasi, Sampel dan Teknik Sampling, 5). Identifikasi Variabel, 6). Definisi Operasional, 7). Pengumpulan Data, Pengolahan dan Analisis Data, 8). Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif dapat diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan filsafat positivisme untuk meneliti populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik dengan tujuan menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2020).

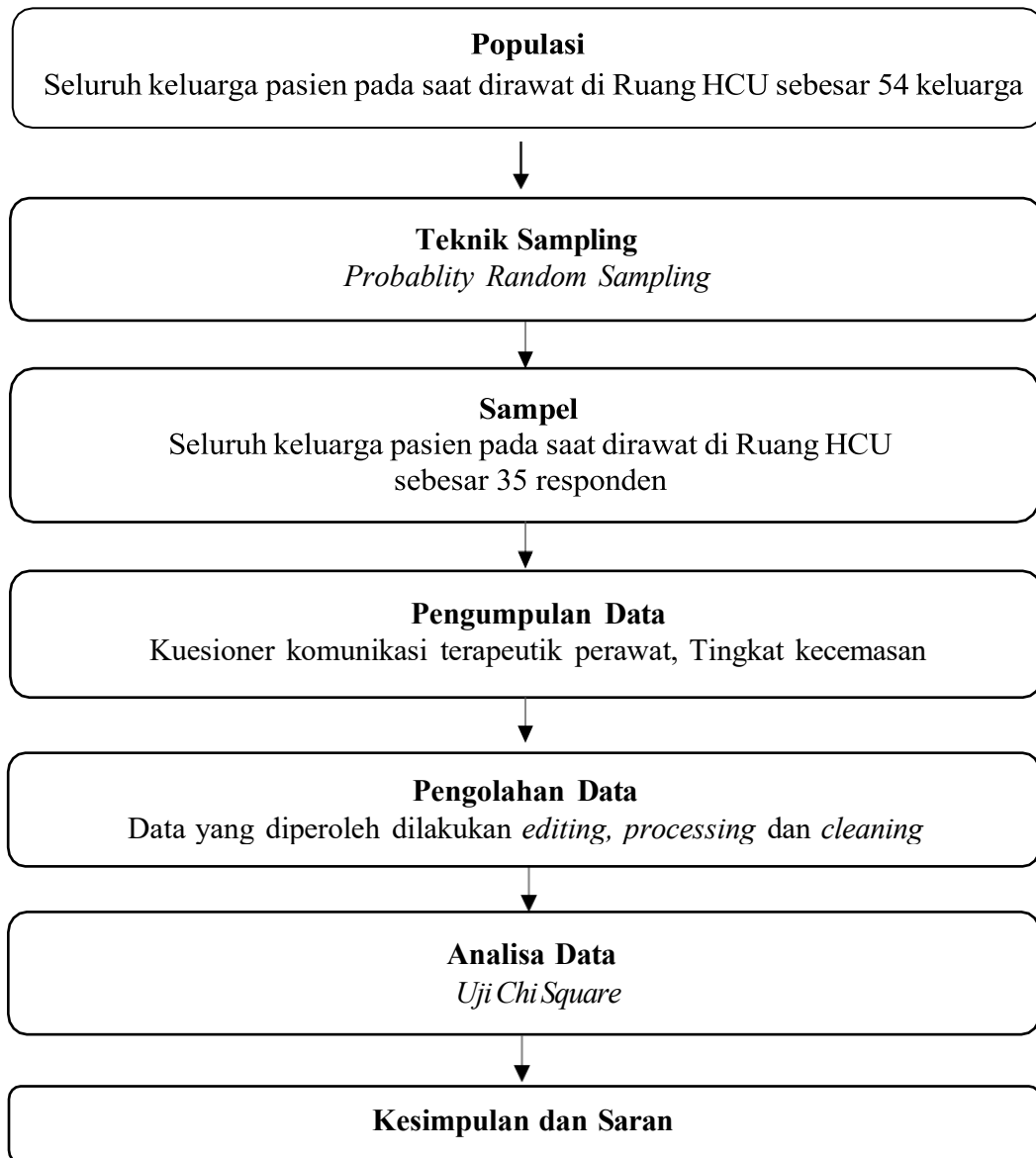
Jenis penelitian ini adalah penelitian diskriptif analitik, peneliti menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X. Dengan menggunakan rancang bangun penelitian *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data hanya satu kali pada satu waktu.



Gambar 4.1 Desain Penelitian Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X

4.2 Kerangka Kerja

Kerangka operasional penelitian ini adalah bagaimana alur atau cara kerja peneliti dalam melakukan penelitian. Langkah kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di lakukan di Ruang HCU RS X pada tanggal 1 – 30 Juli 2025.

4.4 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Sampling

4.4.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien yang anggota keluarga menjalani perawatan di ruang HCU sebanyak 54 keluarga.

4.4.2 Sampel

Sampling adalah proses menyeleksi mewakili populasi (Nursalam, 2016). Sampel penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien sebesar 35 responden dengan tingkat kecemasan keluarga pasien saat perawatan di Ruang HCU.

Sampel yang digunakan pada penelitian ini yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi
 - a. Anggota keluarga inti (ayah, ibu, saudara kandung, suami, istri, anak)
 - b. Keluarga pasien yang bersedia menandatangani *Information for Consent (IC)* dan berada di Ruang HCU dengan usia 20 - 60 tahun
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Keluarga pasien pada saat dirawat Ruang HCU yang menolak penelitian.
 - b. Keluarga pasien tidak dapat membaca dan menulis

4.4.3 Besar Sampel

Menentukan besar sampel menggunakan rumus Slovin menurut Sugiyono,

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi terjangkau

d = Tingkat signifikan (p)

Dari rumus Slovin Perhitungan sampel penelitian sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{54}{1 + 54(0,01)^2}$$

$$n = \frac{54}{1 + 0,54}$$

$$n = \frac{54}{1,54} = 35,06 = 35 \text{ Responden}$$

4.4.1 Teknik Sampling

Teknik sampling penelitian ini menggunakan *Simple Random Sampling*, dimana setiap elemen populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih. hal ini dikarenakan jumlah seluruh perawat dan pasien yang dirawat inap pada ruang HCU yang sangat minim di bandingkan di ruang rawat inap yang lainnya atau di ruang rawat jalan.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel penelitian adalah segala bentuk yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari, sehingga dapat informasi kemudian disimpulkan (Sugiyono, 2020).

4.5.1 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel *independen* merupakan variabel penelitian yang menentukan variabel lain. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik perawat di ruang HCU.

4.5.2 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel *dependent* merupakan variabel penelitian yang nilainya ditentukan variabel lain. Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan keluarga pasien pada saat dirawat di Ruang HCU.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional sesuai karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti melakukan observasi secara cermat terhadap suatu fenomena atau objek (Nursalam, 2016).

Perumusan definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan tabel berikut :

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
<i>Independent:</i> Komunikasi Terapeutik	Proses interaksi komunikasi profesional dilakukan perawat secara verbal maupun non verbal dalam memberikan asuhan keperawatan	Tahap komunikasi terapeutik : Pra Interaksi Tahap Orientasi Tahap Kerja Tahap Evaluasi	Kuesioner 19 pernyataan jawaban : 3 = Selalu 2 = Jarang 1 = Tidak pernah	Ordinal	45-57 = baik 32-44 = Cukup baik 19-31 = Kurang baik
<i>Dependent:</i> Tingkat Kecemasan	Kondisi keluarga yang mengalami gelisah, takut, bingung, dan khawatir, dan gugup pada waktu menjalani perawatan di ruang HCU	1. Perasaan 2. Ketegangan Cemas 3. Ketakutan 4. Gangguan tidur 5. Gangguan kecerdasan 6. Perasaan depresi 7. Gejala somatic 8. Gejala sensorik 9. Kardiovaskular 10. Gejala pernafasan 11. Gejala Gastrointestinal 12. Gejala Urogenital 13. Gejala Otonom 14. Perilaku sewaktu wawancara	Kuesioner HARS 14 pertanyaan jawaban: 0 = Tidak ada gejala 1 = Gejala Ringan 2 = Gejala Sedang 3 = Gejala Berat 4 = Gejala Sangat Berat (semua gejala)	Ordinal	0 – 14 = Tidak ada kecemasan 15 – 20 = Kecemasan Ringan 21 – 27 = Kecemasan Sedang 28 – 41 = Kecemasan Berat 42 – 57 = Panik

4.7 Instrumen Pengumpulan Data, Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur dan pengumpulan data penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan data di mulai setelah peneliti memperoleh surat izin dan persetujuan dari bagian akademik Program Studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Peneliti melakukan proses pengajuan evaluasi etik kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) STIKES Hang Tuah Surabaya secara online melalui google form <http://kepkshsby.blogspot.com> kemudian memperoleh pengesahan Laik Etik dari Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Surat Izin Pengambilan Data No. SIJP/158/2025/SHT dan Pengesahan Laik Etik No: PE/135/VIII/2025/KEP/SHT yang telah terbit diserahkan kepada bagian Diklat RS Darmo Surabaya sebagai tempat pelaksanaan penelitian, supaya memperoleh surat perizinan melakukan pengambilan data.
4. Setelah terbit surat persetujuan pengambilan data No. 0739/RSD/VIII/2025, kemudian surat izin ditunjukkan kepada penanggungj jawab ruang HCU di RS Darmo Surabaya sebagai dasar pelaksanaan pengambilan data.
5. Peneliti mendatangi keluarga pasien sesuai kriteria inklusi di ruang tunggu HCU/ICU, kemudian menjelaskan terkait maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.
6. Tahap *Informed Consent*, selanjutnya pengisian *informed consent* untuk persetujuan menjadi responden.
7. Pengumpulan data keluarga pasien akan diarahkan ke ruang konsultasi untuk membina hubungan saling percaya, diberi penjelasan pengisian kuesioner dan

diberi waktu kurang lebih selama 30 menit. Yaitu dengan mengisi data umum sesuai dengan petunjuk yang selanjutnya dilanjutkan dengan pengisian data khusus kuisisioner. Tahap pengumpulan data dibantu 2 orang asisten yang telah di beri pemahaman atau menyamakan persepsi tentang kriteria dari keluarga yang akan diambil sebagai sampel. Penyebaran kuisisioner didampingi oleh perawat penanggung jawab. Ada beberapa responden yang pengisiannya dibantu membacakan soal kuisisioner oleh peneliti karna faktor usia dan responden yang lainnya mandiri. Setelah dilakukan pengisian kuisisioner oleh responden selanjutnya dilakukan pencatatan hasil dan melakukan analisis. Setelah data di analisis oleh program komputer maka dilakukan pembuatan hasil dan kesimpulan dari penelitian yang telah dilaksanakan.

1. Instrumen Penelitian

a. Komunikasi Terapeutik

Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner.

Kuesioner dibuat sesuai tahapan komunikasi terapeutik dengan isinya menyesuaikan aplikasi komunikasi perawat selama berdinamika di ruang HCU. Instrumen komunikasi terapeutik perawat memiliki 19 pernyataan dengan skala likert pilihan ada tiga jawaban yaitu selalu = 3, jarang = 2, dan tidak pernah=1. Dimana hasil pernyataan dibagi menjadi 3 kelas yaitu : baik = 3, cukup baik = 2, tidak baik = 1, dimana nilai tertinggi dari ke empat indikator yaitu 57 dan terendah 19. Sehingga didapatkan skor baik = 45-57, cukup baik = 32-44, dan tidak baik = 19-31. Komunikasi terapeutik dalam kuesioner terdiri dari 4 tahap. Tahap pra interaksi pada nomor 1-4, tahap orientasi pada nomor 5-9, tahap kerja pada nomor 10-15, tahap terminasi 16-19.

Dengan Kriteria :

Baik = 45-57

Cukup Baik = 32-44

Kurang baik = 19-31

b. Tingkat Kecemasan

Instrumen yang di gunakan untuk mengukur tingkat kecemasan adalah kuisisioner baku berdasarkan dengan alat ukur *HARS*. Kuesioner ini berisi daftar pernyataan untuk memperoleh data dari para responden mengenai variabel yang diteliti. Instrumen kuisisioner kecemasan berdasarkan Nursalam (2019).Terkait kuisisioner gejala ringan diberikan kode “0” tidak ada gejala, kode “1” gejala ringan, Gejala sedang diberikan kode “2”, gejala Berat diberikan kode “3”, Gejala Berat Sekali diberikan kode “4”. Proses perhitungan diperoleh dari skor maksimal = jumlah soal × skor tertinggi per soal (Skor Maksimal = 10 x 4 = 40). Yang kemudian dari hasil tersebut dapat diprosentsekan melalui nilai yang didapatkan / skor maksimal x 100 %) atau Persentase Skor Responden = $(26 / 56) \times 100\% = 65\%$. Tingkat kecemasan keluarga pasien pada instrument penelitian ini terdiri dari 14 item pertanyaan menggunakan kuesioner *HARS*, dipilih karena kuesioner yang sudah baku. Dengan penilaian skor antara 0-4, diuraikan sebagai berikut:

Adapun cara penilaiannya adalah dengan sistem scoring yaitu :

- 1) Nilai 0 = Tidak ada gejala
- 2) Nilai 1 = Gejala Ringan
- 3) Nilai 2 = Gejala Sedang

4) Nilai 3 = Gejala Berat

5) Nilai 4 = Gejala Berat Sekali

Tabel 4.2 *Blue print* kecemasan keluarga pasien

No	Indikator	No indikator soal	Jumlah soal
1	Perasaan Cemas	1	1
2	Ketegangan	2	1
3	Ketakutan	3	1
4	Gangguan tidur	4	1
5	Gangguan kecerdasan	5	1
6	Perasaan depresi	6	1
7	Gejala somatic	7	1
8	Gejala sensorik	8	1
9	Gejala kardiovaskuler	9	1
10	Gejala pernafasan	10	1
11	Gejala gastrointestinal	11	1
12	Gejala urogenital	12	1
13	Gejala vegetative	13	1
14	Perilaku sewaktu wawancara	14	1

- c. Data Demografi : umur, Pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, hubungan dengan pasien, penyakit pasien, kedatangan ke rumah sakit yang ke berapa.

4.7.2 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan kuesioner, untuk data demografi responden, tingkat pendidikan, masa (lama) kerja dan komunikasi interpersonal.

Menurut Hastono (2016) agar analisis penelitian dapat menghasilkan informasi yang benar paling tidak ada beberapa tahapan pengolahan data, yaitu :

1. Memeriksa data (*Editing*)

Tahap *editing* adalah proses pemeriksaan kejelasan dan kelengkapan pengisian kuesioner yang sudah diberikan responden. Daftar pertanyaan yang sudah diisi oleh responden, akan dilakukan pemeriksaan kelengkapan

jawabannya. Bertujuan untuk mengurangi daftar kesalahan yang ada di dalam item pertanyaan.

2. Memberi tanda kode (*Coding*)

Coding merupakan usaha untuk menggolongkan, mengelompokkan jawaban dari responden ke dalam kategori sesuai klasifikasi tertentu untuk memudahkan analisis, mempercepat input data, dan mempermudah dalam proses pengujian hipotesis. Hasil jawaban yang sudah diperoleh, diklarifikasi dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi tanda atau kode pada kuesioner dalam bentuk angka pada masing-masing variabel.

3. Pengolahan Data (*Processing*)

Processing merupakan proses untuk mendapatkan data ringkasan berdasarkan data mentah dengan menggunakan rumus tertentu, sehingga menghasilkan informasi yang di perlukan. Pengolahan data merupakan proses memasukkan data dari seluruh kuesioner ke dalam computer yang dapat dianalisis menggunakan program analisa data atau *software* komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning adalah proses pengecekan kembali data yang sudah ada, untuk melihat adanya kesalahan-kesalahan dan penulisan tidak lengkap. Data ini diteliti kembali, untuk memastikan pada saat Analisa data agar tidak terjadi kesalahan.

4.7.3 Analisa Data

Tabulating adalah pengelompokan data ke dalam tabel sesuai dengan analisis yang dibutuhkan. *Tabulating* adalah proses mengelompokkan data ke suatu tabel tertentu menurut sifat yang dimiliki. Data hasil dari pengumpulan kuesioner di *coding* kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Setelah terbentuk tabel selanjutnya

tabel tersebut dianalisis dan dinyatakan dalam bentuk tulisan. Setelah data terkumpul melalui kuisioner oleh responden, kemudian dilakukan tabulasi data seluruh jawaban responden dari masing-masing pertanyaan, kemudian dikelompokkan dan dianalisa dalam tabel distribusi frekuensi. Data akan diolah menggunakan komputer untuk dianalisis. Menganalisis data dengan mendeskripsikan maupun menginterpretasikan hasil penelitian. Hasil penelitian setelah dianalisis memperoleh makna atau arti dari penelitian tersebut. Setelah semua data terkumpul, dilakukan analisis data dengan menggunakan uji korelasi uji *Chi Square*. Untuk hasil signifikansi atau kemaknaannya ditentukan α 0,05. Jika uji statistik menunjukkan $\alpha \leq 0,05$, maka H1 diterima, artinya hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU. Seluruh teknik pengolahan menggunakan SPSS.

4.8 Etika Penelitian

Etika adalah kaidah memengaruhi tindakan. Dalam beragam disiplin ilmu, penelitian berhubungan manusia atau hewan perlu mempertimbangkan isu etik (Nursalam, 2016). Pertimbangan etis dalam penelitian ini memberikan perlindungan dan menjamin hak-hak peneliti serta responden (Suwandi, 2023).

4.8.1 Prinsip Manfaat

1. Bebas dari penderitaan

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden baik fisik maupun psikis.

2. Bebas dari eksploitasi

Responden diyakinkan partisipasi dalam penelitian atau informasi diberikan, tidak dipergunakan hal-hal yang merugikan responden dikemudian hari.

3. Risiko (*benefit ratio*)

Penelitian ini tidak memiliki risiko apapun karena responden hanya diberikan kuisioner untuk di isi dan hanya di ukur tekanan darahnya.

4.8.2 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)

1. Hak untuk terlibat/ tidak terlibat menjadi responden (*right to self determination*).

Responden mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek maupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya. Responden akan tetap mendapatkan pelayanan baik medis maupun keperawatan seperti biasa sesuai prosedur yang ada.

2. Hak mendapatkan jaminan dari perlakuan (*right to full disclosure*)

Peneliti akan memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi pada responden. Peneliti menjelaskan bahwa penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi kepada responden.

3. *Informed consent*

Responden mendapatkan informasi lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga dicantumkan data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu. Kesediaan responden dibuktikan dengan penandatanganan *informed consent*.

4.8.3 Prinsip Keadilan (*Right Justice*)

1. Hak untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adil (*right to fair treatment*)

Responden diperlakukan adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi jika tidak bersedia atau

dikeluarkan dari penelitian.

2. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*) Responden mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU Rumah Sakit X. Hasil Penelitian Pengambilan data dilakukan pada tanggal 1-30 Juli 2025 dengan jumlah 35 responden. Pada bagian data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Data umum penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan, kedatangan ke RS Sedangkan data khusus meliputi Komunikasi terapeutik perawat dan kecemasan keluarga pasien HCU.

5.1 Gambaran Umum Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit X yang berada di Surabaya, Rumah Sakit X ini adalah Rumah Sakit umum (RSU) milik Swasta dan merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terletak di wilayah kota Surabaya, Jawa Timur. Rumah Sakit ini memberikan pelayanan di bidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis serta ditunjang dengan fasilitas medis lainnya. Rumah Sakit X ini memiliki beberapa unit, antara lain; instalasi gawat darurat, unit rawat jalan, unit rawat inap dan unit penunjang lainnya. Pelayanan yang diberikan rumah sakit ini terbilang bagus, dikarenakan respon dari perawat Rumah Sakit X kepada pasien ramah dan tanggap. Pelayanan keperawatan inilah yang menjadi kekuatan bagi Rumah Sakit X dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bagi pasien bukan hanya dokter handal yang dicari dalam berobat, namun pelayanan perawat yang baik alasan pasien memilih tempat berobat.

5.1.1 Gambaran Umum Subyek Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang *High Care Unit* (HCU) Rumah sakit X Surabaya dengan melibatkan keluarga pasien yang sedang menjalani perawatan di ruangan HCU sebagai responden sebanyak 35 orang. *High Care Unit* (HCU) merupakan salah satu unit pelayanan yang berfungsi memberikan perawatan intensif dan beraneka ragam tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan multidisiplin terdiri dari dokter spesialis serta dibantu oleh perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku di rumah sakit (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

High Care Unit (HCU) Rumah sakit X Surabaya memiliki jumlah kapasitas sebanyak 6 tempat tidur diantaranya 2 ruang kelas utama dengan 1 tempat tidur tiap ruang untuk pasien *immunocompromised* dan 4 tempat tidur untuk pasien *non immunocompromised* serta 1 ruang isolasi bertekanan negatif berisi 1 tempat tidur pasien. Model praktik keperawatan di ruang *High Care Unit* (HCU) Rumah sakit X Surabaya adalah metode tim, dipimpin oleh 1 Kepala Perawat Unit Rawat Intensif dibantu oleh 25 perawat terdiri dari kepala tim sebanyak 4 orang dan perawat pelaksana sebagai anggota tim sebanyak 21 orang, selain itu petugas administrasi 1 orang. Dalam konteks HCU (*High Care Unit*) melihat hubungan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat HCU kepada keluarga pasien yang sedang di rawat di HCU.

5.1.2 Data Umum

Data umum dalam penelitian ini menguraikan tentang distribusi karakteristik responden berdasarkan data demografi yang terdiri jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, status pernikahan, hubungan dengan pasien, dan kunjungan ke rumah sakit yang akan disajikan dalam bentuk tabel berikut :

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Laki-Laki	19	54,3
2.	Perempuan	16	45,7
	Total	35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan jenis kelamin bahwa sebagian besar laki-laki sebanyak 19 responden (54,3 %) dan perempuan sebanyak 16 responden (45,7 %).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Usia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	20 – 39 Tahun	14	40
2.	40 – 60 Tahun	21	60
	Total	35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.2 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan usia bahwa sebagian besar usia 20 – 39 Tahun (Dewasa Muda) sebanyak 14 responden (40 %), usia 40 – 60 Tahun (Dewasa Tua) sebanyak 21 responden (60 %).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Tingkat Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Dasar	0	0
2.	Menengah	16	45,7
3.	Tinggi	19	54,3
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan tingkat pendidikan bahwa sebagian besar pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi) sebanyak 19 responden (54,3 %), tingkat pendidikan menengah sebanyak 16 responden (45,7 %), dan tidak ada pendidikan dasar.

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Swasta	10	28,6
2.	PNS / TNI / Polri	11	31,4
3.	Wiraswasta	14	40
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan pekerjaan bahwa sebagian besar bekerja wiraswasta sebanyak 14 responden (40 %), PNS/TNI/POLRI sebanyak 11 responden (31,4 %), dan karyawan swasta sebanyak 10 responden (28,6 %).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Status Pernikahan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Belum Menikah	4	11,4
2.	Menikah	27	77,1
3.	Cerai	4	11,4
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan status pernikahan bahwa sebagian besar status menikah sebanyak 27 responden (77,1 %), status belum menikah sebanyak 4 responden (11,4 %), dan status cerai sebanyak 4 responden (11,4 %).

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Hubungan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Ayah	5	14,3
2.	Ibu	14	40
3.	Saudara Kandung	5	14,3
4.	Suami	3	8,6
5.	Istri	4	11,4
6.	Anak	4	11,4
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.6 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan hubungan dengan pasien bahwa sebagian besar adalah ibu sebanyak 14 responden (40 %), ayah dan saudara kandung masing-masing sebanyak 5 responden (14,3 %), istri dan anak masing-masing sebanyak 4 responden (11,4 %), suami sebanyak 3 responden (8,6 %).

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Kunjungan Ke Rumah Sakit

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Kunjungan Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Jumlah Kunjungan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	1 x	4	11,4
2.	2-3 x	20	57,3
3.	> 3 x	11	31,4
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan karakteristik responden di Ruang HCU Rumah Sakit X berdasarkan kunjungan bahwa sebagian besar kunjungan 2-3x sebanyak 20 responden (5,3%), kunjungan > 3x sebanyak 11 responden (31,4%), dan kunjungan 1x sebanyak 4 responden (11,4%).

5.1.3 Data Khusus

Data khusus dalam penelitian ini menguraikan komunikasi terapeutik perawat, kecemasan keluarga pasien, dan hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang menjalani perawatan di Ruang HCU Rumah Sakit X yang akan disajikan dalam bentuk tabel berikut :

1. Komunikasi Terapeutik Perawat Di Ruang HCU Rumah Sakit X

Tabel 5.8 Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Komunikasi Terapeutik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Baik	16	45,7
2.	Cukup	16	45,7
3.	Kurang	3	8,6
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.8 menunjukkan komunikasi terapeutik perawat di Ruang HCU Rumah Sakit X bahwa sebagian besar adalah kategori baik dan cukup masing-masing sebanyak 16 responden (45,7 %), kategori kurang sebanyak

3 responden (8,6 %) dari jumlah seluruh responden.

2. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien

Tabel 5.9 Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Keluarga Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak ada kecemasan	6	17,1
2.	Kecemasan Ringan	15	42,9
3.	Kecemasan Sedang	7	20
4.	Kecemasan Berat	7	20
5.	Kecemasan Sangat Berat (Panik)	0	0
Total		35	100%

Sumber : Data primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukkan kecemasan keluarga pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X bahwa sebagian besar adalah kategori kecemasan ringan sebanyak 15 responden (42,9%), kategori kecemasan sedang dan kecemasan berat sebanyak 7 responden (20%), tidak ada kecemasan sebanyak 6 responden (17,1 %), tidak ada kategori kecemasan sangat berat (Panik) dari jumlah seluruh responden.

3. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X

Tabel 5.10 Tabulasi Silang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X Pada Tanggal 1-30 Juli 2025, (n = 35)

No.	Komunikasi Terapeutik Perawat	Kecemasan Keluarga Pasien								Total	
		Tidak Ada Kecemasan		Kecemasan Ringan		Kecemasan Sedang		Kecemasan Berat		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%		
1.	Baik	6	37,5	9	56,3	0	0	1	6,3	16	100
2.	Cukup	0	0	6	37,5	7	43,8	3	18,8	16	100
3.	Kurang	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
Total		6	17,1%	15	42,9%	7	20%	7	20%	35	100%

Nilai Uji Chi Square $p = 0,000$ ($p < 0,05$), Koefisien Kontingensi (C) = 0,671

Berdasarkan Tabel 5.10 menunjukkan hasil tabulasi silang komunikasi

terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X dari 35 responden bahwa komunikasi terapeutik perawat kategori baik sebanyak 16 responden mayoritas kecemasan keluarga pasien kategori ringan sebanyak 9 responden (56,3%), Komunikasi interpersonal perawat kategori cukup sebanyak 16 orang mayoritas kecemasan keluarga pasien kategori sedang sebanyak 7 responden (43,8%), dan Komunikasi interpersonal perawat kategori kurang sebanyak 3 orang seluruhnya kecemasan keluarga pasien kategori berat. Hasil uji statistik menggunakan Uji Chi Square di peroleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai koefisien kontingensi (C) = 0,671. Maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan yang signifikan secara statistik antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang menjalani perawatan di Ruang HCU Rumah Sakit X. Nilai koefisien kontingensi (C) sebesar 0,671 (rule of thumb 0,60 – 0,799) menunjukkan hubungan kuat antara kedua variabel. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Komunikasi Terapeutik Perawat Di Ruang HCU Rumah Sakit X

Berdasarkan Tabel. 5.9 hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang HCU Rumah Sakit X dari 35 responden menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik perawat kategori baik sebanyak 16 orang (45,7%). Tingginya komunikasi terapeutik perawat dikarenakan sebagian besar perawat memiliki pemahaman yang baik mengenai pentingnya komunikasi dalam menjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Selain itu, pengalaman kerja dan pelatihan yang pernah diikuti juga turut meningkatkan kemampuan perawat dalam

menerapkan komunikasi terapeutik secara efektif. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Suwandi, 2023) Rahmawati *et al.* (2022) yang menyatakan bahwa tingkat komunikasi terapeutik yang baik pada perawat dipengaruhi oleh faktor pengalaman kerja, pelatihan komunikasi, serta motivasi internal dalam memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Hasil analisa data *crosstabulation* didapatkan masa kerja perawat > 5 Tahun yang sebagian besar memiliki komunikasi terapeutik baik sebanyak 16 responden. Perawat yang pernah mengikuti pelatihan komunikasi efektif seluruhnya memiliki komunikasi terapeutik baik sebanyak 25 perawat. Ditinjau dari pendidikan perawat hampir seluruhnya 21 perawat berpendidikan D3 keperawatan. Hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengalaman kerja perawat, maka semakin luas pula wawasan dan pemahaman mereka terhadap prinsip-prinsip komunikasi terapeutik, khususnya dalam penerapan pendekatan holistik kepada pasien. Temuan ini sejalan dengan teori Jean Watson (2020) dalam *Theory of Human Caring* yang menekankan bahwa komunikasi terapeutik merupakan inti dari hubungan transpersonal antara perawat dan pasien. Watson menjelaskan bahwa interaksi yang dilandasi empati, kasih sayang, dan perhatian tulus dapat menciptakan lingkungan penyembuhan yang harmonis. Perawat yang memahami filosofi caring cenderung menggunakan komunikasi terapeutik tidak hanya sebagai sarana bertukar informasi, tetapi juga sebagai bentuk kepedulian dan dukungan emosional terhadap pasien. Hal ini sejalan dengan asumsi Menurut Potter & Perry (2021) bahwa komunikasi terapeutik merupakan manifestasi dari nilai-nilai “*carative factors*” seperti menunjukkan kehadiran nyata (*authentic presence*), mengembangkan hubungan saling percaya (*trusting relationship*), dan

membantu pasien menemukan makna dalam pengalaman sakitnya. Oleh karena itu, semakin baik tingkat pendidikan dan pengalaman kerja perawat, maka semakin tinggi pula kemampuan mereka dalam menerapkan prinsip caring melalui komunikasi terapeutik yang efektif.

Sementara hasil komunikasi terapeutik dengan kategori cukup sebanyak 16 orang (45,7%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian perawat masih belum sepenuhnya menerapkan prinsip komunikasi terapeutik secara konsisten dalam praktik keperawatan sehari-hari. Kemungkinan hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti beban kerja yang tinggi, keterbatasan waktu dalam memberikan asuhan keperawatan, kurangnya pelatihan komunikasi terapeutik, serta kondisi psikologis perawat saat bekerja di ruang dengan intensitas tinggi seperti HCU. Menurut Kusnadi & Utami (2021), kemampuan komunikasi terapeutik yang berada pada kategori cukup umumnya terjadi karena perawat belum mampu mengintegrasikan keterampilan komunikasi verbal dan nonverbal secara optimal dalam setiap interaksi dengan pasien. Selain itu, faktor lingkungan kerja yang menuntut respon cepat terhadap kondisi pasien kritis dapat menyebabkan perawat lebih berfokus pada tindakan medis dibandingkan dengan komunikasi terapeutik. Sejalan dengan pendapat Potter & Perry (2021), komunikasi terapeutik yang efektif memerlukan kesadaran penuh, empati, serta keterlibatan emosional antara perawat dan pasien. Jika hal tersebut belum terpenuhi, maka komunikasi yang dilakukan cenderung bersifat fungsional dan kurang terapeutik.

Hasil penelitian komunikasi terapeutik dengan Kategori kurang sebanyak 3 orang (8,6%). Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya kemampuan perawat dalam membangun hubungan saling percaya, rendahnya motivasi kerja, serta

belum optimalnya penerapan prinsip komunikasi terapeutik dalam praktik sehari-hari. Menurut Potter & Perry (2021), komunikasi terapeutik yang rendah seringkali disebabkan oleh faktor kelelahan, stres kerja, dan kurangnya pelatihan komunikasi yang berkelanjutan. Hal ini didukung oleh Potter & Perry (2021), yang menyatakan bahwa kemampuan komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh kondisi emosional, lingkungan kerja, serta pengalaman interpersonal perawat dalam berinteraksi dengan pasien.

Hasil analisa ditinjau dari kuesioner didapatkan nilai tertinggi 89 point pada pertanyaan nomor 16 yaitu perawat menanyakan keadaan / perasaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Hal ini dikarenakan perawat berupaya menunjukkan kepedulian dan empati terhadap kondisi pasien sebagai bentuk penerapan komunikasi terapeutik. Menurut Potter & Perry (2021), salah satu bentuk komunikasi terapeutik yang efektif adalah dengan memberikan perhatian dan respon terhadap perasaan pasien setelah tindakan, karena hal ini dapat meningkatkan rasa nyaman, kepercayaan, dan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Sedangkan hasil terendah 69 point pada nomor 13 yaitu perawat selalu menatap mata pasien pada saat berdiskusi pada saya dan 14 yaitu perawat cemberut saat memberikan terapi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian perawat belum sepenuhnya menerapkan komunikasi nonverbal yang positif, seperti kontak mata dan ekspresi wajah yang ramah, dalam interaksi dengan pasien. Menurut Kurniadi & Utami (2021), komunikasi nonverbal seperti kontak mata, ekspresi wajah, dan bahasa tubuh memiliki peran penting dalam membangun hubungan terapeutik dan menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat. Sejalan dengan pendapat Potter & Perry (2021), komunikasi nonverbal

yang tidak tepat, seperti ekspresi wajah yang tidak bersahabat, dapat menimbulkan persepsi negatif dan menghambat hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.

Berdasarkan temuan ini terdapat kesesuaian antara fakta dan teori, sehingga peneliti berasumsi bahwa hasil tersebut menunjukkan adanya variasi kemampuan komunikasi terapeutik di antara perawat yang dipengaruhi oleh perbedaan pengalaman kerja, tingkat pendidikan, serta pelatihan yang pernah diikuti. Perawat dengan masa kerja lebih lama dan pengalaman klinis yang luas cenderung memiliki keterampilan komunikasi yang lebih baik karena telah terbiasa berinteraksi dengan berbagai karakteristik pasien. Selain itu, pelatihan komunikasi efektif juga memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan kemampuan perawat dalam menjalin hubungan terapeutik yang berkualitas. Kemudian, faktor lingkungan kerja di ruang HCU yang menuntut respon cepat dan ketelitian tinggi dapat memengaruhi konsistensi penerapan komunikasi terapeutik. Dalam kondisi tertentu, perawat mungkin lebih berfokus pada tindakan klinis daripada memperhatikan aspek emosional pasien, sehingga komunikasi yang dilakukan belum sepenuhnya bersifat terapeutik. Namun demikian, hasil dengan nilai tertinggi pada aspek empati menunjukkan bahwa perawat memiliki dasar kepedulian yang kuat terhadap pasien, meskipun perlu peningkatan dalam komunikasi nonverbal seperti kontak mata dan ekspresi wajah positif. Dengan demikian, asumsi peneliti bahwa secara umum perawat di ruang HCU telah memiliki kesadaran akan pentingnya komunikasi terapeutik, tetapi masih diperlukan pembinaan dan pelatihan berkelanjutan agar penerapannya lebih optimal dan konsisten dalam setiap tindakan keperawatan.

5.2.2 Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X

Berdasarkan tabel 6.0 menunjukkan kecemasan keluarga pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X bahwa sebagian besar adalah kategori kecemasan ringan sebanyak 15 responden (42,9%). Tingginya kecemasan ringan pada keluarga pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal. Secara internal, sebagian keluarga memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi, sehingga mampu memahami informasi medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan baik. Pemahaman yang baik terhadap kondisi pasien dapat membantu keluarga mengendalikan emosi dan menurunkan tingkat kecemasan. tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan kemampuan kognitif seseorang dalam menilai situasi stres dan menentukan strategi koping yang lebih adaptif (Stuart, 2021). Hal ini sejalan dengan asumsi Potter & Perry (2021) menjelaskan bahwa pemahaman terhadap kondisi kesehatan membantu individu mengurangi kecemasan karena meningkatkan rasa kontrol dan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Hasil analisa data *crosstabulation* didapatkan dari 19 responden hanya 7 responden berpendidikan tinggi dengan kategori kecemasan ringan. Hal ini dapat dijelaskan melalui teori caring Jean Watson, yang menekankan bahwa hubungan yang dilandasi oleh kasih sayang (*caring relationship*) dan komunikasi yang empatik antara perawat dan keluarga pasien mampu menciptakan rasa aman, tenang, serta kepercayaan terhadap proses penyembuhan. Interaksi yang penuh perhatian dan penghargaan terhadap martabat manusia dapat menurunkan kecemasan serta meningkatkan kesejahteraan emosional individu. Dalam konteks ini, keluarga pasien yang memiliki tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mudah memahami nilai-nilai caring yang ditunjukkan oleh perawat, sehingga

timbul rasa percaya dan penerimaan terhadap kondisi pasien. Pendekatan *human caring* membantu keluarga merasa didukung secara emosional, sehingga respons kecemasan yang muncul tetap berada pada tingkat ringan dan terkendali (Watson, 2020).

Sementara hasil dengan kategori kecemasan sedang dan kecemasan berat sebanyak 7 responden (20%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian keluarga masih mengalami tekanan psikologis yang cukup tinggi akibat kondisi pasien yang dirawat di ruang HCU, yang umumnya memiliki tingkat keparahan penyakit lebih serius dan memerlukan pengawasan ketat. Kondisi lingkungan HCU yang dipenuhi dengan alat medis, suara monitor, serta pembatasan waktu kunjungan dapat meningkatkan stres emosional bagi keluarga. Menurut Stuart (2021), kecemasan pada tingkat sedang hingga berat biasanya muncul ketika individu menghadapi situasi yang tidak pasti, mengancam, atau melibatkan risiko terhadap orang yang dicintai. Sejalan dengan asumsi Potter & Perry (2021) menjelaskan bahwa respon kecemasan yang tinggi pada keluarga pasien dapat disebabkan oleh kurangnya informasi, rasa tidak berdaya, serta kekhawatiran terhadap hasil pengobatan pasien. Dalam konteks teori Jean Watson (2020), meningkatnya kecemasan keluarga dapat terjadi ketika hubungan caring antara tenaga kesehatan dan keluarga belum sepenuhnya terjalin, sehingga kebutuhan emosional keluarga belum terpenuhi secara optimal. Ketiadaan komunikasi empatik dan dukungan emosional yang memadai dapat memperburuk persepsi stres dan meningkatkan Tingkat.

Hasil kecemasan dengan kategori tidak ada kecemasan sebanyak 6 responden (17,1 %). Hal ini menggambarkan bahwa sebagian kecil keluarga

pasien mampu beradaptasi dengan baik terhadap situasi perawatan di ruang HCU. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti dukungan sosial yang kuat, pengalaman sebelumnya dalam menghadapi kondisi serupa, serta keyakinan terhadap kemampuan tenaga kesehatan dalam merawat pasien. Menurut Stuart (2021), individu dengan dukungan sosial yang baik dan kemampuan coping adaptif cenderung memiliki tingkat kecemasan yang rendah karena mampu menilai situasi secara rasional dan mengontrol respon emosionalnya. Sejalan dengan asumsi Potter & Perry (2021) menjelaskan bahwa keluarga yang memiliki kepercayaan tinggi terhadap tenaga kesehatan dan sistem pelayanan rumah sakit akan merasa lebih tenang dan aman, sehingga respon kecemasan dapat diminimalkan. Dalam perspektif Jean Watson (2020) melalui *Theory of Human Caring*, ketenangan emosional dapat tercapai ketika keluarga merasa diperhatikan, dihargai, dan dilibatkan secara empatik dalam proses perawatan pasien. Kehadiran perawat yang menunjukkan sikap caring mampu menciptakan rasa aman dan menumbuhkan kepercayaan, sehingga keluarga tidak mengalami kecemasan yang berarti.

Hasil analisa ditinjau dari kuesioner didapatkan nilai tertinggi 62 point pada soal nomor 6 yaitu tentang perasaan depresi. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian keluarga masih mengalami tekanan emosional akibat kondisi pasien yang dirawat di ruang HCU, di mana situasi perawatan intensif sering kali menimbulkan perasaan tidak berdaya, sedih, dan cemas terhadap kemungkinan terburuk. Menurut Stuart (2021), perasaan depresi pada anggota keluarga pasien merupakan respon emosional umum terhadap stres berat dan rasa kehilangan kontrol, terutama ketika dihadapkan pada kondisi kritis orang yang dicintai.

Sejalan dengan asumsi Potter & Perry (2021), menjelaskan bahwa situasi rumah sakit yang penuh dengan alat medis, suara alarm, serta pembatasan interaksi dengan pasien dapat memperkuat rasa kesepian dan kecemasan, yang kemudian berkembang menjadi gejala depresi ringan. Sedangkan nilai terendah 47 pada soal nomor 1 yaitu tentang perasaan cemas. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian keluarga mampu mengendalikan kecemasan mereka dengan baik meskipun menghadapi situasi yang menegangkan di ruang HCU. Rendahnya tingkat kecemasan dapat disebabkan oleh adanya dukungan emosional dari keluarga lain, rasa percaya terhadap tenaga kesehatan, serta kemampuan adaptasi keluarga terhadap kondisi pasien. Menurut Stuart (2021), kecemasan yang ringan atau rendah menandakan adanya kemampuan koping yang efektif dalam menghadapi stresor, sehingga individu mampu berpikir jernih dan tetap tenang dalam mengambil keputusan. Hal ini sesuai dengan asumsi Potter & Perry (2021) menegaskan bahwa kecemasan dapat berkurang ketika individu memperoleh informasi yang jelas, merasa dilibatkan dalam proses perawatan, dan mendapatkan dukungan emosional dari lingkungan sekitar.

Berdasarkan temuan ini terdapat kesesuaian antara fakta dan teori, sehingga peneliti berasumsi bahwa tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU dipengaruhi oleh kemampuan adaptasi emosional, dukungan sosial, serta persepsi keluarga terhadap kondisi pasien dan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Keluarga yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi dan sering berinteraksi dengan lingkungan rumah sakit cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai kondisi pasien, sehingga mampu mengelola emosinya secara lebih efektif. Selain itu, adanya hubungan yang harmonis antara keluarga

dan pasien turut memperkuat daya tahan psikologis keluarga, karena mereka merasa memiliki peran penting dalam mendukung proses penyembuhan. Dukungan emosional yang saling diberikan antar anggota keluarga membantu menurunkan rasa takut dan kecemasan terhadap kondisi pasien. Peran perawat dalam memberikan informasi yang jelas, menunjukkan empati, serta menjaga komunikasi yang baik menjadi faktor penting dalam menciptakan rasa aman dan kepercayaan pada keluarga pasien. Ketika hubungan terapeutik antara perawat dan keluarga terjalin dengan baik, keluarga cenderung merasa lebih tenang dan mampu beradaptasi terhadap situasi yang menegangkan. Dengan demikian, kecemasan yang muncul tetap berada pada tingkat ringan dan masih dapat dikendalikan secara efektif oleh keluarga pasien.

5.2.3 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X

Berdasarkan tabel 6.1 menunjukkan hasil tabulasi silang komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X dari 35 responden bahwa komunikasi terapeutik perawat kategori baik sebanyak 16 responden mayoritas kecemasan keluarga pasien kategori ringan sebanyak 9 responden (56,3%), Komunikasi interpersonal perawat kategori cukup sebanyak 16 orang mayoritas kecemasan keluarga pasien kategori sedang sebanyak 7 responden (43,8%), dan Komunikasi interpersonal perawat kategori kurang sebanyak 3 orang seluruhnya kecemasan keluarga pasien kategori berat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat, maka tingkat kecemasan keluarga pasien akan semakin rendah. Sebaliknya, komunikasi terapeutik yang kurang efektif dapat meningkatkan

kecemasan karena keluarga merasa kurang mendapat dukungan emosional dan informasi yang jelas mengenai kondisi pasien. Komunikasi terapeutik yang baik berperan penting dalam membangun rasa percaya, memberikan ketenangan, serta menumbuhkan harapan bagi keluarga pasien yang sedang menghadapi situasi kritis. Menurut Potter & Perry (2021), komunikasi terapeutik yang efektif antara perawat dan keluarga pasien dapat menciptakan hubungan saling percaya, membantu keluarga mengekspresikan perasaan, serta mengurangi kecemasan akibat ketidakpastian kondisi pasien. Ketika perawat mampu mendengarkan secara aktif, memberikan empati, dan menyampaikan informasi dengan jelas, keluarga akan merasa dihargai serta lebih tenang dalam menghadapi situasi di ruang perawatan intensif. Hal ini sejalan dengan teori Jean Watson (2020) dalam *Theory of Human Caring*, yang menjelaskan bahwa komunikasi merupakan inti dari hubungan transpersonal antara perawat dan pasien atau keluarganya. Melalui komunikasi yang penuh kasih sayang (*caring communication*), perawat mampu menghadirkan kehadiran yang autentik (*authentic presence*) sehingga tercipta rasa aman, kepercayaan, dan keseimbangan emosional pada keluarga pasien. Watson menegaskan bahwa aspek “*caring-healing relationship*” tidak hanya menurunkan kecemasan, tetapi juga memperkuat kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap situasi penuh tekanan.

Hasil uji statistik menggunakan Uji Chi Square di peroleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan nilai koefisien kontingensi (C) = 0,671. Maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan yang signifikan secara statistik antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang menjalani perawatan di Ruang HCU Rumah Sakit X. Nilai koefisien kontingensi (C)

sebesar 0,671 (rule of thumb 0,60 – 0,799) menunjukkan hubungan kuat antara kedua variabel. Hal ini sejalan dengan teori Jean Watson (2008) dalam *Theory of Human Caring*, yang menjelaskan bahwa komunikasi terapeutik yang berlandaskan kasih sayang dan empati (*caring communication*) mampu menciptakan hubungan transpersonal antara perawat dan keluarga pasien, sehingga menumbuhkan rasa aman, kepercayaan, dan menurunkan kecemasan emosional selama proses perawatan. Temuan penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Dewi & Handayani (2021) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU RSUD dr. Moewardi, dengan nilai *p-value* 0,001 dan kekuatan hubungan kategori kuat. Penelitian lain sejalan yang dilakukan oleh Lestari, *et al.* (2022) juga mendukung hasil ini, di mana diperoleh nilai *p-value* 0,000 antara komunikasi terapeutik dan kecemasan keluarga pasien di ruang rawat intensif RSUD Dr. Soetomo Surabaya, menunjukkan bahwa perawat yang berkomunikasi secara empatik dan suportif mampu menurunkan tingkat kecemasan keluarga secara signifikan. Kedua penelitian tersebut memperkuat hasil penelitian ini bahwa komunikasi terapeutik yang efektif berperan penting dalam menciptakan keseimbangan emosional keluarga pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di ruang perawatan kritis.

Hasil penelitian ini terdapat kesesuaian antara fakta dan teori, sehingga peneliti berasumsi bahwa semakin baik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat, maka semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien. Keluarga yang menerima perhatian, empati, dan informasi yang jelas dari perawat akan merasa lebih tenang, dihargai, serta memiliki rasa percaya

terhadap proses perawatan pasien. Sebaliknya, komunikasi yang kurang efektif dapat menimbulkan rasa cemas, ketidakpastian, bahkan keputusan karena keluarga merasa tidak mendapatkan dukungan emosional yang dibutuhkan. Efektivitas komunikasi terapeutik tidak hanya dipengaruhi oleh keterampilan perawat dalam berkomunikasi, tetapi juga oleh sikap caring, kepekaan emosional, dan kemampuan perawat dalam menciptakan hubungan interpersonal yang hangat. Dalam konteks teori Jean Watson, hubungan caring yang tulus dan autentik antara perawat dan keluarga pasien berperan penting dalam membentuk keseimbangan emosional serta meningkatkan penerimaan terhadap situasi kritis. Dengan demikian, komunikasi terapeutik dapat dianggap sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan yang berpengaruh langsung terhadap penurunan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang perawatan intensif seperti HCU.

5.2 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian.

Keterbatasan pada penelitian yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Jumlah responden terbatas, sehingga hasil penelitian belum dapat di generalisasikan secara luas.
2. Waktu penelitian yang relatif singkat, sehingga tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi komunikasi terapeutik perawat dan kecemasan keluarga pasien dalam periode waktu yang lebih panjang.
3. Penggunaan kuesioner dalam pengumpulan data sangat bergantung pada kejujuran dan pemahaman responden dalam menjawab kuesioner, sehingga memungkinkan adanya bias yang subyektivitas.

4. Faktor eksternal tidak dikendalikan diantaranya kondisi medis pasien, pengalaman sebelumnya, dukungan sosial, dan kondisi psikologis individu yang tidak sepenuhnya dikendalikan dalam penelitian ini.
5. Responden dalam penelitian ini relatif heterogen, baik dari segi karakteristik demografis (seperti usia, tingkat pendidikan, dan latar belakang sosial ekonomi) maupun pengalaman dalam menghadapi kondisi anggota keluarga yang dirawat di HCU.

BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini akan di sajikan tentang simpulan yang di peroleh dari hasil penelitian dan beberapa saran yang dapat di gunakan untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya dan berguna bagi pihak-pihak terkait.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Komunikasi terapeutik perawat menunjukkan bahwa hampir setengahnya berkategori baik.
2. Tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang HCU menunjukkan bahwa hampir setengahnya mengalami kecemasan ringan.
3. Komunikasi terapeutik perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Rung HCU Rumah Sakit X .

6.2 Saran

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat terus meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik, terutama dalam hal empati, mendengarkan secara aktif, dan memberikan informasi yang jelas kepada keluarga pasien. Komunikasi yang efektif tidak hanya membantu pasien, tetapi juga menurunkan tingkat kecemasan keluarga yang menghadapi situasi kritis. Perawat perlu mengikuti pelatihan atau workshop terkait *therapeutic communication* dan *caring approach* agar dapat menerapkan komunikasi yang lebih humanis dan berorientasi pada kebutuhan emosional keluarga pasien.

2. Bagi Responden

Diharapkan keluarga pasien dapat lebih aktif dalam berkomunikasi dengan perawat serta berupaya memahami prosedur perawatan pasien secara terbuka. Keluarga juga disarankan untuk membangun dukungan sosial di antara sesama keluarga pasien agar dapat saling berbagi pengalaman dan mengurangi beban psikologis selama proses perawatan di ruang HCU. Selain itu, penting bagi keluarga untuk mempercayai tenaga kesehatan dan berpartisipasi secara positif dalam proses penyembuhan pasien.

3. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan melalui program pelatihan rutin mengenai komunikasi terapeutik dan pelayanan berbasis *human caring* bagi seluruh tenaga kesehatan. Selain itu, perlu adanya kebijakan yang mendukung terciptanya lingkungan yang nyaman bagi keluarga pasien, seperti penyediaan ruang konsultasi, peningkatan kualitas pelayanan informasi, serta fasilitas pendukung yang membantu mengurangi kecemasan keluarga selama proses perawatan di ruang HCU.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Instansi pendidikan keperawatan diharapkan dapat memperkuat kurikulum pembelajaran mengenai komunikasi terapeutik dan teori caring dalam praktik klinik. Mahasiswa keperawatan perlu diberikan kesempatan lebih luas untuk mengembangkan keterampilan komunikasi empatik melalui simulasi, praktik lapangan, dan refleksi pengalaman klinis. Dengan demikian, lulusan keperawatan memiliki kesiapan profesional dalam menghadapi pasien dan keluarga di situasi kritis dengan pendekatan yang humanis dan terapeutik.

5. Bagi penelitian selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini dengan menambah jumlah sampel, memperluas lokasi penelitian, atau menggunakan desain penelitian yang berbeda seperti *mixed methods* untuk menggali aspek kualitatif dari komunikasi terapeutik dan kecemasan keluarga pasien. Penelitian berikutnya juga dapat mempertimbangkan variabel lain yang berpengaruh, seperti dukungan sosial, tingkat spiritualitas, atau beban kerja perawat, sehingga hasil penelitian menjadi lebih komprehensif dan dapat memberikan kontribusi yang lebih luas bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang keperawatan jiwa dan keperawatan kritis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2022). *Komunikasi Efektif dalam Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Astuti, S. (2017). *Kecemasan Pasien dan Penatalaksanaannya dalam Konteks Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Bertens, K. (2016). *Psikoanalisis Sigmund Freud*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Carpenito, L. J. (2016). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2019). Effects of a needs-based education programme for family caregivers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.015>.
- Clara, M. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Deepublish.
- Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2012). *Emotional distress in newly diagnosed cancer patients: A comparison of convenience and registry samples*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(6), 644–654. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.721493>.
- Dwidiyanti, M. (2015). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Fauzan, M., Rahmawati, A., & Fitrianan, E. (2025). Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang ICU. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 28(1), 55–63.
- Harlina, H., & Aiyub, A. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat ansietas keluarga pasien di ruang intensif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(2), 97–105.
- Haryati, S. (2021). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 17(1), 45–54.
- Hastono, S. P. (2016). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hawari, D. (2013). *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Jhonson, R., & Leni, S. (2017). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*.

Jakarta: EGC.

Junaini, A., Rosiana, N., & Anggoro, D. (2021). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Dewasa Awal. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, 6(2), 95–103.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2017). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2017). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Keliat, B. A. (2019). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) dan High Care Unit (HCU) di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Sistem Registrasi Sampel: Laporan Nasional 2020*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.

Loihala, M. (2017). Tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensif RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. *Jurnal Keperawatan*, 5(2), 89–96.

Loihala, M. (2021). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU RSU Sele Be Solu Sorong. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 55–62.

Marino, P. L. (2014). *The ICU Book* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

McDowell, I., Kristjansson, E., & Knottnerus, J. A. (2018). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Muhith, A., & Siyoto, S. (2018). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi Offset.

- Muyasaroh, M., Nuraini, T., & Rahayu, S. (2020). Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(1), 44–52.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 4). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2019). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan* (Edisi 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Poerwodarminto, W. J. S. (2023). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (Edisi Kelima)*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kemdikbud.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Prabowo, E. (2017). *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan: Teori dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pudjiastuti, S. S., Handayani, N., & Suryani, E. (2020). *Peran Perawat di Unit High Care (HCU) dalam Memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Kritis*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahmatiah. (2015). Peran keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan pasien di rumah sakit. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 22–30.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sa'diyah, N., & Fitrianan, E. (2024). Pengaruh Dukungan Keluarga dan Pengetahuan terhadap Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kesehatan*, 14(2), 89–96.
- Sarfika, R., Nurhasanah, & Ramadhan, F. (2018). Komunikasi terapeutik perawat terhadap pasien dalam meningkatkan hubungan interpersonal. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 11(2), 105–113.
- Sari, D. N. (2019). Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 2(1), 21–30.
- Setyorini, A. (2018). Perubahan perilaku dan emosional keluarga pasien selama perawatan intensif. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 13(3), 150–158.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.).

St. Louis: Elsevier.

Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2022). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Psikiatrik*. Jakarta: EGC.

Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suherman, S. (2020). *Komunikasi dalam Keperawatan: Pendekatan Humanistik dan Terapeutik*. Bandung: Refika Aditama.

Sulistiyorini, E. (2018). *Teori Caring Jean Watson dan Implementasinya dalam Keperawatan*. Surabaya: Universitas Airlangga Press.

Suliswati. (2023). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Suryani, N. (2016). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Susanti, R., Hidayati, S., & Puspita, A. (2023). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 14(1), 55–63.

Suwandi, A. (2023). *Etika Penelitian Kesehatan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wade, D., Howell, D. C., & Hardy, R. (2021). Psychological impact of critical illness on family members. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(7), 820–829.

Wahyuni, S., Handayani, R., & Lestari, D. (2019). *Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan pada Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit*. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 22–30

Watson, J. (1987). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado

Widyastuti, L. (2023). Kebutuhan informasi keluarga pasien dan hubungan komunikasi dengan tenaga kesehatan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 26(1), 12–19.

Wulandari, S. (2021). Faktor Lingkungan dan Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU. *Jurnal Keperawatan Sehat*, 9(2), 112–120.

Lampiran 1 *Curriculum Vitae*

CURRICULUM VITAE



Dipindai dengan CamScanner

DATA PRIBADI

Nama : Nourma Heny
 Tempat / Tanggal Lahir : Surabaya / 27 Desember 1989
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Alamat : Perum Pejaya anugrah SS 20 Taman - Sidoarjo
 Email : nourmaheny89@gmail.com
 Nomor HP : 082139968539

PENDIDIKAN

1. SDN Kramat Jegu 2 lulus tahun 2001
2. SMP Muhammadiyah 6 Krian lulus tahun 2004
3. SMA Kartika V-3 Surabaya lulus tahun 2007
4. D3 STIKES Hang Tuah Surabaya lulus tahun 2010

Lampiran 2 MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Kata yang menenangkan adalah anugerah, dan do'a adalah kekuatan di baliknya.

Skripsi ini adalah bukti bahwa kekuatan yang nyata..

PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan baik. Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Terima kasih kepada Allah S.W.T maha diatas segala maha atas ridhoNya yang telah memberikan nikmat dan kesehatan sampai detik ini, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu.
2. Terima kasih kepada ibu, suami dan anak-anak saya yang senantiasa memberikan semangat, do'a dan kasih sayang dengan tulus yang selalu sabar mendengarkan keluh kesah saya dalam pembuatan skripsi ini hingga selesai.
3. Terima kasih kepada Bu Rochiati, Bu Nanik dan seluruh jajaran yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan skripsi ini.
4. Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan saya di Rumah sakit X Surabaya dan rekan saya pada saat pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Semua pihak yang membantu proses pembuatan skripsi ini hingga selesai.

Semoga Allah S.W.T tetap senantiasa selalu memberikan hidayah dan membalas budi baik semua piha yang telah memberikan kesempatan, dukungan, ilmu dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini.

Lampiran 3 Surat Ijin Permohonan Pengambilan Data Penelitian



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
 Jl. Gadung No. 1 Surabaya 60144 Telp./Fax. (031) 8411721
 www.stikeshangtuah-sby.ac.id email : info@stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 28 Juni 2025

Nomor : SIJP / 158 /2025/SHT
 Klasifikasi : BIASA.
 Lampiran : —
 Perihal : Permohonan Ijin
 Pengambilan Data Penelitian

Kepada

Yth. Direktur RS Darmo Surabaya
Jl. Raya Darmo No.90 Surabaya
di
Surabaya

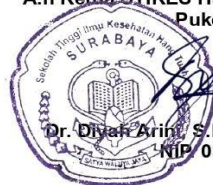
1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan RPL STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2024/2025, mohon kiranya Direktur RS Darmo Surabaya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melaksanakan Pengambilan Data Penelitian di HCU RS Darmo Surabaya yang pelaksanaannya pada 1 Juli 2025 s/d 30 Juli 2025.

2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah yang melaksanakan penelitian atas nama :
 Nama : Nourma Heny
 NIM : 2412037
 Judul Penelitian :

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X

3. Demikian atas perhatian dan bantuannya disampaikan terima kasih.

A.n Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
Puket I



Dr. Diah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes.
 NIP. 03003

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Rumah Sakit Darmo Surabaya
3. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya (Sbg. Lap.)
4. Puket II, III STIKES Hang Tuah Surabaya
5. Ka Prodi S1 Keperawatan RPL STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 4 Surat Ijin Laik Etik



PERSETUJUAN ETIK
(Ethical Approval)

Komite Etik Penelitian
Research Ethics Committee
Stikes Hang Tuah Surabaya
Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721 Surabaya

No: PE/135/VII/2025/KEP/SHT

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Nourma Heny
Principal In Investigator

Peneliti lain : -
Participating In Investigator(s)

Nama Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya
Name of the Institution

Dengan Judul:
Title

“Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X”
“The Relationship Therapeutic Communication Between Nurses and The Level of Anxiety of Patient Families In The HCU of Hospital X”

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksplotasi, 6) Kerahasiaan dan *Privacy*, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assesment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentially and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfilment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 11 Juli 2025 sampai dengan tanggal 11 Juli 2026.

The declaration of ethics applies during the period July 11, 2025 until July 11, 2026.



Ketua KEP
Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03017

Lampiran 5 Surat Ijin Persetujuan Pengambilan Data Penelitian



RUMAH SAKIT
DARMO

No. 0739/RSD/VIII/2025

Surabaya, 26 Agustus 2025

Kepada Yth.
Ketua
STIKES Hang Tuah Surabaya
Jl. Gadung No. 1
SURABAYA

Perihal : **Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian**

Dengan hormat,

Menunjuk surat Saudara No. SJP/158/2025/SHT tanggal 28 Juni 2025 perihal tersebut di atas, pada prinsipnya kami menyetujui permohonan dimaksud bagi mahasiswa Saudara di RS Darmo, dengan pelaksanaan sebagai berikut :

Nama : Nourma Heny
NIM : 2412037
Judul Penelitian : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang HCU Rumah Sakit X.

Catatan : 1. Wajib mematuhi peraturan yang berlaku di RS Darmo.
2. Saat penelitian wajib memakai jas almameter dan name tag.
3. Hasil penelitian untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi umum.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

RUMAH SAKIT DARMO



dr. Saeloeng Boedianto
Direktur

VS-RCP/ET

YAYASAN RUMAH SAKIT DARMO

Jl. Raya Darmo 90 Surabaya 60264 Telp (031) 5676253-6 Fax. (031) 5620690
email rsdarmo@rsdarmo.co.id

Lampiran 6

INFORMATION TO CONSENT **LEMBAR INFORMASI PERSETUJUAN**

Kepada Yth.

Calon Responden Penelitian

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan mengadakan penelitian sebagai syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep), penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X”.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara sekaligus observasi untuk mengetahui komunikasi interpersonal perawat. Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan sangat bermanfaat bagi peneliti dan pasien. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada diri saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari pihak manapun. Partisipasi saudara bersifat bebas dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menanda tangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan saya hanguskan.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan,

Nourma Heny
NIM. 2412037

.....

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN “INFORMED CONSENT”

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

Nama : Nourma Heny
NIM: 2412037

Yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang HCU Rumah Sakit X”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa:

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini di jamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk mengolah data
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini Sebagai sumber informasi untuk meningkatkan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang HCU untuk membantu proses penyembuhannya.

Oleh karena itu saya secara suka rela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Surabaya, Juli 2025

Peneliti

Responden

Nourma Heny
NIM. 2412037

.....

Lampiran 8 Kuesioner

KUISIONER HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RUANG HCU

A. DATA UMUM

Petunjuk pengisian

Pilihan jawaban dengan memberikan tanda checklist (✓) pada salah satu jawaban yang paling sesuai menurut Anda.

1. Setiap pernyataan hanya membutuhkan satu jawaban saja.
 2. Mohon memberikan jawaban yang sebenarnya.
 3. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak/Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.
-

1. Nama (Inisial) :.....
2. Usia :
☐ 20-39 Tahun ☐ 40-60 Tahun
3. Jenis Kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Pendidikan :
☐ Dasar ☐ Menengah ☐ Tinggi
5. Pekerjaan Keluarga:
☐ Swasta ☐ PNS/TNI/POLRI ☐ Wiraswasta
6. Status Perkawinan :
☐ Belum Menikah ☐ Menikah ☐ Cerai
7. Hubungan Pasien
☐ Ayah ☐ Ibu ☐ Saudara kandung
☐ Suami/Istri ☐ Anak

8. Penyakit Pasien:.....
9. Kedatangan ke Rumah Sakit yang Ke berapa:
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3
10. Pekerjaan Pasien
☐ Swasta ☐ PNS/TNI/POLRI ☐ Wiraswasta

A. KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT

Petunjuk Pengisian

Bacalah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan cermat dan tuliskan jawaban sesuai dengan anggapan Anda terhadap pernyataan tersebut dengan menuliskan jawaban pada kolom sebelah kanan (tidak ada jawaban salah maupun benar)

Penilaian dilakukan berdasarkan skala sebagai berikut :

1. Setiap pernyataan hanya membutuhkan satu jawaban saja.
2. Mohon memberikan jawaban yang sebenarnya.
3. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak/Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.
4. Setiap jawaban akan kami jaga kerahasiaannya.

No.	Pernyataan	Selalu	Jarang	Tidak Pernah
Tahap Pra Interaksi				
	Perawat sudah menggali semua informasi tentang penyakit / keadaan pasien sebelum berinteraksi dengan pasien			
	Perawat sudah merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien			
	Perawat bersikap tenang dan dapat mengontrol perasaannya saat bertemu dengan pasien			
	Perawat bersikap tenang dan dapat mengontrol perasaannya saat bertemu dengan pasien			
Tahap Orientasi				
1.	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri ketika pertama kali berinteraksi dengan pasien / keluarga			
2.	Perawat menanyakan nama lengkap atau panggilan kesukaan			
3.	Perawat tidak menanyakan keluhan-keluhan yang dialami			
4.	Perawat membuat janji / kontrak lebih dahulu sebelum komunikasi dengan pasien			
	Perawat tidak menjaga privasi pasien dan menutup tirai pada saat melakukan tindakan			

Tahap Kerja				
1.	Perawat menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien			
2.	Perawat menawarkan bantuan kepada pasien saat mengalami kesulitan			
3.	Perawat mendiskusikan terapi yang diberikan			
4.	Perawat selalu menatap mata pasien pada saat berdiskusi pada saya			
5.	Perawat cemberut saat memeberikan terapi			
6.	Perawat menjelaskan dan mengajarkan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga			
Tahap Terminasi				
1.	Perawat menanyakan keadaan / perasaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan			
2.	Perawat membuat kesepakatan untuk pertemuan lanjutan dengan pasien (tempat, waktu, topik dan tujuan yang sudah diberikan)			
3.	Perawat mengingatkan dan memberitahukan kepada saya jika ada pemeriksaan / tindakan lanjutan			
4.	Perawat selalu mengucapkan salam kepada pasien dan keluarga ketika meninggalkan ruangan pasien			

B. KUESIONER TINGKAT KECEMASAN

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Petunuuuk Pengisian

Bacalah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan cermat dan tuliskan jawaban yang sesuai dengan anggapan Anda terhadap pernyataan tersebut dengan menuliskan jawaban pada kolom sebelah kanan dengan tanda (√) (tidak ada jawaban salah maupun benar)

1. Penilaian dilakukan berdasarkan sistem scoring yaitu :
 - Nilai 0 = Tidak Cemas
 - Nilai 1 = Cemas Ringan
 - Nilai 2 = Cemas Sedang
 - Nilai 3 = Cemas Berat
 - Nilai 4 = Cemas Berat Sekali
2. Setiap pernyataan hanya membutuhkan satu jawaban saja.
3. Mohon memberikan jawaban yang sebenarnya.
4. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak / Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.
5. Setiap jawaban akan kami jaga kerahasiaannya.

Gejala Kecemasan	Jawaban				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Perasaan Cemas (<i>Anxietas</i>) Apakah bapak / ibu merasakan takut akan pikiran negatif terhadap kondisi keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Ketegangan Apakah bapak / ibu merasa gelisah akan kondisi keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Ketakutan Apakah bapak / ibu takut di tinggal sendiri saat menunggu kabar kondisi keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Gangguan Tidur Apakah bapak / ibu merasa tidur tidak nyenyak dan selalu terbangun karena memikirkan kondisi keluarga anda yang sedang dirawat ?					

Gangguan Kecerdasan Apakah bapak / ibu sulit berkonsentrasi saat anda mendapat informasi / mengambil keputusan untuk keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Perasaan Depresi Apakah bapak / ibu merasakan kesedihan yang berlarut saat keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Gejala Somatic (Otot-Otot) Apakah bapak / ibu mengalami lelah, kekurangan energi saat cemas ?					
Gejala Sensorik Apakah bapak / ibu mengalami panas atau dingin saat menunggu kabar kondisi terbaru dari keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Gejala Kardiovaskuler Apakah anda merasakan jantung berdebar atau berdegup kencang saat cemas ?					
Gejala Pernafasan Apakah bapak / ibu merasakan dada terasa sesak atau tertekan pada saat cemas ?					
Gejala Gastrointestinal Apakah bapak / ibu merasakan perubahan pada selera makan, seperti kehilangan nafsu makan ?					
Gejala Urogenitalia Apakah bapak / ibu mengalami perubahan pada frekuensi atau urgensi buang air kecil pada saat cemas ?					
Gejala Otonom Apakah bapak / ibu merasakan keringat berlebihan atau berkeringat dingin pada saat cemas ?					
Tingkah Laku (Sikap) pada saat wawancara Apakah bapak / ibu mengalami kesulitan menjawab / mengambil keputusan saat dijelaskan dokter / tenaga kesehatan tentang kondisi keluarga anda yang sedang dirawat ?					
Total Skor					

Lampiran 9**HASIL TABULASI**

No.	Kode Nama	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Status Pernikahan	Pekerjaan	Hubungan Pasien	Kunjungan RS
1.	A1	1	1	3	2	3	5	2
2.	A2	2	1	2	2	2	5	2
3.	A3	1	1	3	3	3	1	2
4.	A4	1	2	2	2	1	4	2
5.	A5	1	2	2	3	2	2	1
6.	A6	2	2	3	2	3	1	1
7.	A7	1	2	2	2	3	2	2
8.	A8	1	1	3	3	3	2	3
9.	A9	2	2	3	2	1	1	3
10.	A10	1	2	3	2	3	1	2
11.	A11	2	2	2	2	3	2	2
12.	A12	1	2	3	2	3	2	2
13.	A13	1	2	3	2	2	4	2
14.	A14	1	2	2	2	3	4	2
15.	A15	2	2	2	2	1	5	2
16.	A16	2	1	3	1	3	5	2
17.	A17	2	1	3	3	3	1	3
18.	A18	1	2	2	2	2	2	1
19.	A19	1	2	2	2	3	3	2
20.	A20	1	1	3	2	3	2	2
21.	A21	1	2	2	2	1	5	2
22.	A22	1	2	3	2	1	2	2
23.	A23	2	2	3	2	2	3	1
24.	A24	2	1	3	3	1	2	2
25.	A25	1	1	3	1	2	6	3

26.	A26	2	1	2	2	1	5	3
27.	A27	2	2	3	2	2	1	3
28.	A28	1	1	3	2	3	6	3
29.	A29	2	1	2	1	1	2	3
30.	A30	2	2	2	2	1	4	2
31.	A31	2	2	2	2	2	2	3
32.	A32	2	2	2	2	1	2	3
33.	A33	1	2	2	2	2	2	2
34.	A34	2	1	3	1	1	1	3
35.	A35	1	1	3	2	2	2	2

Keterangan:**1. Jenis Kelamin:**

Laki-laki = Kode 1
Perempuan = Kode 2

2. Usia

Dewasa Muda (20 – 35 Tahun) = Kode 1
Dewasa Tua (36 – 60 Tahun) = Kode 2

3. Pendidikan

Dasar = Kode 1
Menengah = Kode 2
Tinggi = Kode 3

4. Status pernikahan

Belum Menikah = Kode 1
Menikah = Kode 2
Cerai = Kode 3

5. Pekerjaan

Swasta = Kode 1
PNS/TNI/Polri = Kode 2
Wiraswasta = Kode 3

6. Hubungan Pasien

Ayah = Kode 1
Ibu = Kode 2
Saudara kandung = Kode 3
Suami/Istri = Kode 4
Anak = Kode 5

7. Kunjungan RS

1 X = Kode 1
2-3X = Kode 2
>3 X = Kode 3

Lampiran 10 Tabulasi Data Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat

No.	Pertanyaan																			Keterangan		Kode
	Pra Interaksi				Orientasi					Kerja					Terminasi							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	27	18	19	Skore	Kesimpulan	
A1.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	40	Cukup	2
A2.	3	1	1	3	2	2	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	1	2	42	Cukup	2
A3.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Kurang	3
A4.	2	2	2	3	3	3	1	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	44	Cukup	2
A5.	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	53	Baik	1
A6.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	55	Baik	1
A7.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Kurang	3
A8.	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	43	Cukup	2
A9.	3	1	1	3	2	2	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	1	2	42	Cukup	2
A10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Kurang	3
A11.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	57	Baik	1
A12.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Baik	1
A13.	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	34	Cukup	2
A14.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	40	Cukup	2
A15.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	35	Cukup	2
A16.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Baik	1
A17.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	34	Cukup	2
A18.	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	38	Cukup	2
A19.	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	37	Cukup	2
A20.	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	33	Cukup	2
A21.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	50	Baik	1
A22.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	40	Cukup	2
A23.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	40	Cukup	2

A24.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Baik	1
A25.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Baik	1
A26.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Baik	1
A27.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	3	3	3	2	2	2	44	Cukup	2
A28.	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	43	Cukup	2
A29.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	54	Baik	1
A30.	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	51	Baik	1
A31.	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53	Baik	1
A32.	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	48	Baik	1
A33.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Baik	1
A34.	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	45	Baik	1
A35.	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	52	Baik	1
Σ	82	82	81	80	86	77	82	70	78	81	79	73	69	69	86	89	82	77	80			

KETERANGAN :

Skor Komunikasi Terapeutik

Selalu = Kode 3

Jarang = Kode 2

Tidak Pernah = Kode 1

Skor akhir yang menyimpulkan komunikasi terapeutik secara keseluruhan :
Jumlahkan semua hasil skor mulai dari komponen nomor 1 sampai nomor 19

Dengan kategori hasil skor :

Baik = 45 – 57

Cukup Baik = 32 – 44

Kurang Baik = 19 - 31

Penjelasan Hasil :

Berdasarkan jumlah total terbesar diperoleh peringkat

1. Pernyataan No. 16 = nilai 89 (terbaik)
2. Pernyataan No. 5, 15 = nilai 86
3. Pernyataan No. 1, 2, 7, 17 = nilai 82
4. Pernyataan No. 3, 10 = nilai 81
5. Pernyataan No. 4, 19 = nilai 80
6. Pernyataan No. 11 = nilai 79
7. Pernyataan No. 9 = nilai 78
8. Pernyataan No. 6, 18 = nilai 77
9. Pernyataan No. 12 = nilai 73
10. Pernyataan No. 8 = nilai 70
11. Pernyataan No.13, 14 = nilai 69 (terburuk)

Lampiran 11 Tabulasi Data Kuesioner Tingkat Kecemasan

No.	Pertanyaan														Keterangan		Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Skore	Kesimpulan	
A1.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Ringan	1
A2.	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	17	Ringan	1
A3.	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	40	Berat	3
A4.	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	22	Sedang	2
A5.	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Ringan	1
A6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	16	Ringan	1
A7.	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	34	Berat	3
A8.	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	33	Berat	3
A9.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	27	Sedang	2
A10.	3	3	3	3	3	2	2	2	3	4	2	2	2	3	37	Berat	3
A11.	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	20	Ringan	1
A12.	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	Tidak cemas	0
A13.	2	3	3	3	3	3	2	2	3	4	4	3	3	3	41	Berat	3
A14.	3	3	3	3	2	2	4	4	3	2	3	3	2	2	39	Berat	3
A15.	1	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	24	Sedang	2
A16.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	Tidak cemas	0
A17.	1	2	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15	Ringan	1
A18.	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	25	Sedang	2
A19.	2	2	2	2	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	40	Berat	3
A20.	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	27	Sedang	2
A21.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	40	Berat	3
A22.	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	21	Sedang	2
A23.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	16	Ringan	1
A24.	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	17	Ringan	1

A25.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	18	Ringan	1
A26.	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	Tidak cemas	0
A27.	1	1	1	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1	27	Sedang	2
A28.	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	18	Ringan	1
A29.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	15	Ringan	1
A30.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	10	Tidak cemas	0
A31.	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	16	Ringan	1
A32.	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Ringan	1
A33.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	20	Ringan	1
A34.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Tidak cemas	0
A35.	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	18	Ringan	0
Σ	47	52	54	59	56	62	61	61	56	51	55	56	55	56			

KETERANGAN :

Skor Kecemasan

Tidak ada gejala : Kode 0

Gejala ringan : Kode 1

Gejala Sedang : Kode 2

Gejala Berat : Kode 3

Gejala Berat Sekali : Kode 4

Penjelasan Hasil :

Skor akhir yang menyimpulkan tingkat kecemasan keluarga secara keseluruhan Jumlahkan semua hasil skor mulai dari komponen nomor 1-14, Berdasarkan jumlah terbesar diperoleh peringkat

Pernyataan No. 6 = nilai 62 (terburuk)

Pernyataan No. 7, 8 = nilai 61

Pernyataan No. 4 = nilai 59

Pernyataan No. 5, 9, 12, 14 = nilai 56

Pernyataan No. 11, 13 = nilai 55

Pernyataan No. 3 = nilai 54

Pernyataan No. 2	= nilai 52	
Pernyataan No. 10	= nilai 51	
Pernyataan No. 1	= nilai 47	(terbaik)

Lampiran 12 Hasil SPSS

Frequencies

Statistics

	Jenis Kelamin	Usia	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Status Pernikahan	Hubungan Dengan Pasien	Kunjungan KeRS	Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan
N Valid	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

JenisKelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	16	45.7	45.7	45.7
Laki-Laki	19	54.3	54.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-39 Tahun	14	40.0	40.0	40.0
40-60 Tahun	21	60.0	60.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menengah	16	45.7	45.7	45.7
	Tinggi	19	54.3	54.3	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	10	28.6	28.6	28.6
	PNS/TNI/POLRI	11	31.4	31.4	60.0
	Wiraswasta	14	40.0	40.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	4	11.4	11.4	11.4
	Menikah	27	77.1	77.1	88.6
	Ceraai	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Hubungan Dengan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ayah	5	14.3	14.3	14.3
	Ibu	14	40.0	40.0	54.3
	Saudara Kandung	5	14.3	14.3	68.6
	Suami	3	8.6	8.6	77.1
	Istri	4	11.4	11.4	88.6
	Anak	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

KunjunganKeRS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Kali	4	11.4	11.4	11.4
	2-3 Kali	20	57.1	57.1	68.6
	>3 Kali	11	31.4	31.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

KomunikasiTerapeutik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	8.6	8.6	8.6
	Cukup	16	45.7	45.7	54.3
	Baik	16	45.7	45.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

TingkatKecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada Kecemasan	6	17.1	17.1	17.1
	Kecemasan Ringan	15	42.9	42.9	60.0
	Kecemasan Sedang	7	20.0	20.0	80.0
	Kecemasan Berat	7	20.0	20.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		MasaKerjaPerawat	PendidikanPerawat	PerawatPernahMe ngikutiPelatihanK omunikasiEfektif
N	Valid	25	25	25
	Missing	10	10	10

Frequency Table

MasaKerjaPerawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5 Tahun	10	28.6	40.0	40.0
	>5 Tahun	15	42.9	60.0	100.0
	Total	25	71.4	100.0	
Missing	System	10	28.6		
Total		35	100.0		

PendidikanPerawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3 Kep	21	60.0	84.0	84.0
	Ners	4	11.4	16.0	100.0
	Total	25	71.4	100.0	
Missing	System	10	28.6		
Total		35	100.0		

PerawatPernahMengikutiPelatihanKomunikasiEfektif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	25	71.4	100.0	100.0
Missing	System	10	28.6		
Total		35	100.0		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
JenisKelamin * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Usia * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
TingkatPendidikan * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Pekerjaan * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
StatusPernikahan * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
HubunganDenganPasien * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
KunjunganKeRS * KomunikasiTerapeutik	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%

JenisKelamin * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
JenisKelamin	Perempuan	Count	3	13	0	16
		% within JenisKelamin	18.8%	81.2%	.0%	100.0%
	Laki-Laki	Count	0	3	16	19
		% within JenisKelamin	.0%	15.8%	84.2%	100.0%
Total		Count	3	16	16	35
		% within JenisKelamin	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%

Usia * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Usia	20-39 Tahun	Count	3	11	0	14
		% within Usia	21.4%	78.6%	.0%	100.0%
	40-60 Tahun	Count	0	5	16	21
		% within Usia	.0%	23.8%	76.2%	100.0%
Total		Count	3	16	16	35
		% within Usia	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%

TingkatPendidikan * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
TingkatPendidikan	Menengah	Count	3	13	0	16
		% within TingkatPendidikan	18.8%	81.2%	.0%	100.0%
	Tinggi	Count	0	3	16	19
		% within TingkatPendidikan	.0%	15.8%	84.2%	100.0%
Total		Count	3	16	16	35
		% within TingkatPendidikan	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%

Pekerjaan * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Pekerjaan	Swasta	Count	3	7	0	10
		% within Pekerjaan	30.0%	70.0%	.0%	100.0%
	PNS/TNI/POLRI	Count	0	9	2	11
		% within Pekerjaan	.0%	81.8%	18.2%	100.0%
	Wiraswasta	Count	0	0	14	14
		% within Pekerjaan	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	3	16	16	35
		% within Pekerjaan	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%

StatusPernikahan * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
StatusPernikahan	Belum Menikah	Count	3	1	0	4
		% within StatusPernikahan	75.0%	25.0%	.0%	100.0%
	Menikah	Count	0	15	12	27
		% within StatusPernikahan	.0%	55.6%	44.4%	100.0%
	Cerai	Count	0	0	4	4
		% within StatusPernikahan	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	3	16	16	35
		% within StatusPernikahan	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%

HubunganDenganPasien * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
HubunganDenganPasien	Ayah	Count	3	2	0	5
		% within HubunganDenganPasien	60.0%	40.0%	.0%	100.0%
	Ibu	Count	0	14	0	14
		% within HubunganDenganPasien	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Saudara Kandung	Count	0	0	5	5
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Suami	Count	0	0	3	3
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Istri	Count	0	0	4	4
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Anak	Count	0	0	4	4
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	16	16	35	
	% within HubunganDenganPasien	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%	

KunjunganKeRS * KomunikasiTerapeutik Crosstabulation

			KomunikasiTerapeutik			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
KunjunganKeRS	1 Kali	Count	3	1	0	4
		% within KunjunganKeRS	75.0%	25.0%	.0%	100.0%
	2-3 Kali	Count	0	15	5	20
		% within KunjunganKeRS	.0%	75.0%	25.0%	100.0%
	>3 Kali	Count	0	0	11	11
		% within KunjunganKeRS	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	16	16	35	
	% within KunjunganKeRS	8.6%	45.7%	45.7%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
JenisKelamin * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Usia * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
TingkatPendidikan * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Pekerjaan * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
StatusPernikahan * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
HubunganDenganPasien * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
KunjunganKeRS * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%

JenisKelamin * TingkatKecemasan Crosstabulation

		TingkatKecemasan				Total
		Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
JenisKelamin Perempuan	Count	6	10	0	0	16
	% within JenisKelamin	37.5%	62.5%	.0%	.0%	100.0%
Laki-Laki	Count	0	5	7	7	19
	% within JenisKelamin	.0%	26.3%	36.8%	36.8%	100.0%
Total	Count	6	15	7	7	35
	% within JenisKelamin	17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

Usia * TingkatKecemasan Crosstabulation

		TingkatKecemasan				Total
		Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Usia 20-39 Tahun	Count	6	8	0	0	14
	% within Usia	42.9%	57.1%	.0%	.0%	100.0%
40-60 Tahun	Count	0	7	7	7	21
	% within Usia	.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
Total	Count	6	15	7	7	35
	% within Usia	17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

TingkatPendidikan * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Tingkat Pendidikan	Menengah	Count	6	10	0	0	16
		% within TingkatPendidikan	37.5%	62.5%	.0%	.0%	100.0%
	Tinggi	Count	0	5	7	7	19
		% within TingkatPendidikan	.0%	26.3%	36.8%	36.8%	100.0%
Total			6	15	7	7	35
			17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

Pekerjaan * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Pekerjaan	Swasta	Count	6	4	0	0	10
		% within Pekerjaan	60.0%	40.0%	.0%	.0%	100.0%
	PNS/TNI/POLRI	Count	0	11	0	0	11
		% within Pekerjaan	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	Wiraswasta	Count	0	0	7	7	14
		% within Pekerjaan	.0%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
Total			6	15	7	7	35
			17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

StatusPernikahan * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Status Pernikahan	Belum Menikah	Count	4	0	0	0	4
		% within StatusPernikahan	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Menikah	Count	2	15	7	3	27
		% within StatusPernikahan	7.4%	55.6%	25.9%	11.1%	100.0%
	Ceraai	Count	0	0	0	4	4
		% within StatusPernikahan	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total			6	15	7	7	35
			17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

HubunganDenganPasien * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Hubungan Dengan Pasien	Ayah	Count	5	0	0	0	5
		% within HubunganDenganPasien	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Ibu	Count	1	13	0	0	14
		% within HubunganDenganPasien	7.1%	92.9%	.0%	.0%	100.0%
	Saudara Kandung	Count	0	2	3	0	5
		% within HubunganDenganPasien	.0%	40.0%	60.0%	.0%	100.0%
	Suami	Count	0	0	3	0	3
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Istri	Count	0	0	1	3	4
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	25.0%	75.0%	100.0%
	Anak	Count	0	0	0	4	4
		% within HubunganDenganPasien	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	6	15	7	7	35
		% within HubunganDenganPasien	17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

KunjunganKeRS * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Kunjungan Ke RS	1 Kali	Count	4	0	0	0	4
		% within KunjunganKeRS	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	2-3 Kali	Count	2	15	3	0	20
		% within KunjunganKeRS	10.0%	75.0%	15.0%	.0%	100.0%
	>3 Kali	Count	0	0	4	7	11
		% within KunjunganKeRS	.0%	.0%	36.4%	63.6%	100.0%
Total		Count	6	15	7	7	35
		% within KunjunganKeRS	17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KomunikasiTerapeutik * TingkatKecemasan	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%

KomunikasiTerapeutik * TingkatKecemasan Crosstabulation

			TingkatKecemasan				Total
			Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Komunikasi Terapeutik	Kurang	Count	3	0	0	0	3
		% within KomunikasiTerapeutik	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Cukup	Count	3	13	0	0	16
		% within KomunikasiTerapeutik	18.8%	81.2%	.0%	.0%	100.0%
	Baik	Count	0	2	7	7	16
		% within KomunikasiTerapeutik	.0%	12.5%	43.8%	43.8%	100.0%
Total		Count	6	15	7	7	35
		% within KomunikasiTerapeutik	17.1%	42.9%	20.0%	20.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	41.635 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	44.739	6	.000
Linear-by-Linear Association	23.568	1	.000
N of Valid Cases	35		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,51.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.737	.000
N of Valid Cases	35	

