

**HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES
KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH - LAMONGAN**

SKRIPSI



FORTUWINA LISCITRA
NIM : 19.02.01.2726P

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

2020

**HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES
KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH - LAMONGAN**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Prodi S1 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan
Gelar Sarjana Strata Satu Keperawatan**

**FORTUWINA LISCITRA
NIM : 19.02.01.2726P**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

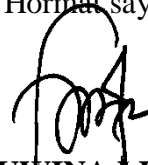
NAMA : FORTUWINA LISCITRA
NIM : 19.02.01.2726P
TEMPAT, TANGGAL LAHIR : GRESIK, 26 MEI 1984
INSTITUSI : PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan” adalah bukan Skripsi orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademis.

Lamongan, 30 Juni 2020

Hormat saya,



FORTUWINA LISCITRA

NIM : 19.02.01.2726P

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi Oleh : FORTUWINA LISCITRA
NIM : 19.02.01.2726P
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG
INTENSIVE CARE UNIT (ICU) RS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Seminar
Proposal pada tanggal 30 Juni 2020.

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Moh. Saifudin, S.Kep, Ns., S.Psi. M.Kes.
NIP. 19750607 200501 1001

Abdul Rokhman, S.Kep, Ns., M.Kep.
NIK. 19881020 201211 056

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi Oleh : FORTUWINA LISCITRA
NIM : 19.02.01.2726P
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG
INTENSIVE CARE UNIT (ICU) RS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Seminar Skripsi
Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan
Pada tanggal 30 Juni 2020

DEWAN PENGUJI

Tanda tangan

Ketua : Hj. Siti Solikhah, S.Kep, Ns., M.Kes.

Anggota : 1. Moh. Saifudin, S.Kep, Ns., S.Psi. M.Kes.

2. Abdul Rokhman, S.Kep, Ns., M.Kep.

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan,

Arifal Aris, S.Kep, Ns., M.Kes.
NIK. 19780821 200601 015

KURIKULUM VITAE

Nama : FORTUWINA LISCITRA

Tempat Tgl. Lahir : Gresik, 26 Mei 1984

Alamat Rumah : Perumda Kusuma Bangsa No.22 Lamongan

Pekerjaan : Perawat

Riwayat Pendidikan : 1. TK Muslimat Masangan Greik Tahun 1988 - 1990
2. SD Negeri Masangan Gresik Tahun 1990 - 1996
3. SMP Negeri 1 Bungah Gresik Tahun 1996 - 1999
4. SMA Negeri 1 Gresik Tahun 1999 - 2002
5. AKPER Muhammadiyah Malang Tahun 2002 - 2005
6. Program Studi S1 Keperawatan Universitas
Muhammadiyah Lamongan Tahun 2018 s/d Sekarang

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh

(urusan yang lain)

~ Qs. Al-Insyiroh : 6-7 ~

Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu, dan sesungguhnya yang demikian itu sungguh berat, kecuali bagi orang yang khusyu'

~ Qs. Al-Baqarah : 45 ~

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

- ♥ Untuk suami dan anak-anakku tercinta, yang selalu memberiku semangat, terimakasih atas do'a dan dukungannya, kalian adalah semangat dan motivasiku sampai detik ini
- ♥ Kedua orang tuaku, Ibu dan Bapakku tercinta, terimakasih atas do'a yang tiada henti-hentinya diberikan sehingga saya dapat mencapai cita-cita yang saya harapkan selama ini
- ♥ Teman-teman seperjuangan satu angkatan dari RS Muhammadiyah Lamongan, terimakasih atas kebersamaan dan kekompakannya selama ini, kebersamaan ini akan menjadi kenangan terindah

ABSTRACT

Liscitra, Fortuwina. 2020. The Relationship of Nurse Communication with Patient Family Stress Levels In The Intensive Care Unit (ICU) Of Muhammadiyah Hospital Lamongan. Thesis Departement Of Nursing Study Program University Muhammadiyah Lamongan. Supervisors (1) Moh. Saifudin, S.Kep, Ns., S.Psi. M.Kes. (2) Abdul Rokhman, S.Kep, Ns., M.Kep.

Stress is an unpleasant condition where there are demands in a situation as a burden or beyond the limits of individual abilities. The purpose of this study was to determine the relationship of nurse communication with the patient's family stress level in the Intensive Care Unit (ICU) of Muhammadiyah Hospital Lamongan.

The design of this study is correlational analytic with cross sectional approach with consecutive sampling method with a sample of 30 respondents. Data was taken through questionnaire *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 42) and questionnaire of Mandala. Data was tabulated and analyzed with the Spearman rank test with SPSS software (version 22.0).

The results showed a very strong correlation between the nurse communication variables and the stress level of the patient's family variables with a correlation coefficient of 0,878. With almost the majority of patients' families perceiving nurses communication is not good (43.3%) with moderate stress levels (56.7%).

Show the results of this study, an evaluation is necessary to increase the professionalism and credibility of nurses performing nurse care, especially in terms of therapeutic communication to reduce stress levels for patients and families in the hospital.

Keywords : Nurse Communication, patient's family stress, Intensive Care Unit (ICU)

ABSTRAK

Liscitra, Fortuwina. 2020. Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan. Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Lamongan. Pembimbing (1) Moh. Saifudin, S.Kep, Ns., S.Psi. M.Kes. (2) Abdul Rokhman, S.Kep, Ns., M.Kep.

Stres adalah kondisi yang tidak menyenangkan dimana adanya tuntutan dalam suatu situasi sebagai beban atau diluar batas kemampuan individu. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

Desain penelitian ini adalah analitik korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan metode *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Pengambilan data menggunakan lembar kuisisioner *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 42) dan kuisisioner komunikasi Mandala. Data kemudian ditabulasi dan dianalisis menggunakan uji spearman menggunakan *software* SPSS (versi 22.0).

Hasil penelitian menunjukkan korelasi yang sangat kuat antara variabel komunikasi perawat dan variabel tingkat stres keluarga dengan koefisien korelasi 0,878. Dengan hampir sebagian keluarga pasien mempersepsikan komunikasi perawat tidak baik (43,3%) dengan tingkat stres sedang (56,7%).

Melihat hasil penelitian ini maka perlu adanya evaluasi untuk meningkatkan profesionalitas serta kredibilitas perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terutama dalam hal komunikasi terapeutik untuk mengurangi tingkat stres pasien dan keluarga di Rumah Sakit.

Kata Kunci : Komunikasi Perawat, Stres Keluarga Pasien, *Intensive Care Unit* (ICU)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar sarjana keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada Bapak/Ibu :

1. Drs. H. Budi Utomo, Amd.Kep, M.Kes., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Lamongan.
2. dr. Hj. Umi Aliyah, M.Kes., Selaku Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan yang telah memberikan izin dan fasilitas untuk melakukan penelitian.
3. Arifal Aris, S.Kep, Ns., M.Kes., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.
4. Suratmi, S.Kep, Ns., M.Kep., Selaku Kaprodi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.

5. Moh. Saifudin, S.Kep. Ns. S.Psi. M.Kes., Selaku dosen pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, saran, dorongan moril selama penyusunan proposal penelitian ini.
6. Abdul Rokhman, S.Kep. Ns. M.Kep., Selaku dosen pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, saran, dorongan moril selama penyusunan proposal penelitian ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang secara tidak langsung telah membantu penulis dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Semoga Allah SWT memberi balasan pahala atas semua amal kebaikan yang diberikan. Penulis menyadari skripsi ini masih banyak kekurangan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan guna menyempurnakan skripsi ini.

Lamongan, 30 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KURIKULUM VITAE	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Akademis	8
1.4.2 Praktisi	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 ICU (<i>Intensive Care Unit</i>)	10
2.1.1 Pengertian ICU (<i>Intensive Care Unit</i>)	10
2.1.2 Pembagian ICU Berdasarkan Kelengkapan.....	11
2.1.3 Klasifikasi Pelayanan ICU.....	12
2.1.4 Kriteria Pasien Masuk dan Keluar ICU	13
2.1.5 Pedoman Penyelenggaraan Ruang ICU.....	14
2.1.6 Sistem Pelayanan Ruang ICU.....	18
2.1.7 Perawat ICU	19

2.2	Konsep Keluarga	20
2.2.1	Pengertian Keluarga.....	20
2.2.2	Ciri-Ciri Keluarga Di Indonesia	20
2.2.3	Struktur Keluarga	21
2.2.4	Fungsi Keluarga.....	22
2.2.5	Masalah-Masalah Keluarga	24
2.3	Konsep Komunikasi Perawat	27
2.3.1	Pengertian Komunikasi.....	27
2.3.2	Tujuan Komunikasi Perawat	28
2.3.3	Manfaat Komunikasi Perawat.....	28
2.3.4	Prinsip-Prinsip Komunikasi Perawat.....	29
2.3.5	Sikap Dalam Berkomunikasi	30
2.3.6	Teknik-Teknik dalam Berkomunikasi	31
2.3.7	Hubungan Perawat dan Klien/ <i>Helping Relationship</i>	34
2.3.8	Tahap-Tahap Komunikasi Perawat.....	37
2.3.9	Penilaian Komunikasi Perawat.....	40
2.4	Konsep Stres Keluarga	42
2.4.1	Pengertian Stres	42
2.4.2	Sumber Stres.....	43
2.4.3	Faktor Presipitasi Stres	44
2.4.4	Indikator dan Tanda Stres.....	47
2.4.5	Tingkat Stres.....	49
2.4.6	Pengukuran Tingkatan Stres	51
2.5	Kerangka Konsep	53
2.6	Hipotesa Penelitian.....	55

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian	56
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian.....	57
3.3	Kerangka Kerja Penelitian	57
3.4	Populasi Sampel dan Sampling.....	59

3.4.1	Populasi Penelitian.....	59
3.4.2	Sampel Penelitian.....	59
3.4.3	Sampling	60
3.5	Identifikasi Variabel Penelitian	61
3.5.1	Variabel <i>Independent</i> (Bebas).....	61
3.5.2	Variabel <i>Dependent</i> (Tergantung)	61
3.6	Definisi Operasional Variabel	61
3.7	Pengumpulan Data dan Analisa Data	63
3.7.1	Pengumpulan Data	63
3.7.2	Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data.....	64
3.7.3	Analisa Data.....	64
3.8	Etika Penelitian	67
3.8.1	<i>Respect for Autonomy</i>	68
3.8.2	<i>Beneficence dan Nonmaleficence</i>	68
3.8.3	<i>Informed Consent</i>	69
3.8.4	<i>Anonymity dan Confidentially</i>	69
3.8.5	<i>Privacy atau Dignity</i>	70
3.8.6	<i>Justice</i>	70

BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1	Hasil Penelitian.....	71
4.1.1	Data Umum.....	71
4.1.2	Data Khusus	75
4.2	Pembahasan	77
4.2.1	Komunikasi Perawat di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.....	77
4.2.2	Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang <i>Intensive</i> <i>Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.....	79
4.2.3	Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan	81

BAB 5 PENUTUP

4.1 Kesimpulan	83
4.2 Saran	84

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Aspek Penilaian Komunikasi Perawat Mandala (2002).....	40
Tabel 2.2	Aspek Penilaian Stress Menurut <i>Depression Anxiety Stress Scale 42</i> (DASS 42)	52
Tabel 3.1	Definisi Operasional Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020	62
Tabel 4.1	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	72
Tabel 4.2	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan 72Umur Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	72
Tabel 4.3	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Pendidikan Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	73
Tabel 4.4	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Status Perkawinan Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	73
Tabel 4.5	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Status Pekerjaan Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	73
Tabel 4.6	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Hubungan Keluarga Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	74
Tabel 4.7	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Faktor Penyebab Stres Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.....	74
Tabel 4.8	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Komunikasi Perawat Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020	75
Tabel 4.9	Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Tingkat Stres Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020	75
Tabel 4.10	Hasil Analisis Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020.....	76

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.....	53
Gambar 3.1 Kerangka Kerja Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.	58

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Jadwal Rencana Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Surat Ijin Melakukan Survei Awal
- Lampiran 3 Lembar Surat Balasan Permohonan Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Lembar Kuisisioner Penilaian Komunikasi Perawat Mandala
Kuisisioner Skala DASS-42
- Lampiran 7 Lembar Konsultasi
- Lampiran 8 Hasil Analisa dan Uji Statistik
- Lampiran 9 Tabulasi Data

DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN

-	: Sampai
%	: Persen
<	: Kurang dari
=	: Sama dengan
>	: Lebih dari
±	: Kurang lebih
Depkes	: Departemen Kesehatan
H1	: Terdapat hubungan yang signifikan
M.Kes	: Magister Kesehatan
NIM	: Nomor Induk Mahasiswa
NIK	: Nomor Induk Kerja
NIP	: Nomor Induk Pekerja
Ns	: Ners
S. Kep	: Sarjana Keperawatan
S.SiT	: Sarjana Sains Terapan
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	: <i>Intensive Cardiac Care Unit</i>
DASS 42	: <i>Depression Anxiety Stress Scale 42</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Rumah Sakit adalah suatu unit yang memiliki organisasi secara teratur, tempat pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan penderita yang dilakukan secara multidisiplin oleh berbagai kelompok professional terdidik dan terlatih, yang menggunakan prasarana dan sarana fisik. Rumah sakit yaitu tempat suatu pelayanan kesehatan yang didalamnya terdapat pelayanan secara kompeten sebagai rawat inap. Pelayanan rawat inap terdiri dari macam ruangan ataupun kelas, yang mulai dari ruangan VIP sampai dengan kelas tiga dan untuk pasien pelayanan khusus terdapat ruang ICU/ICCU (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Intensive Care Unit (ICU) menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf khusus dan perlengkapan khusus yang diobservasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit dan cedera yang mengancam nyawa atau berpotensi mengancam nyawa dengan prognosis yang tidak tentu. Ruang ICU merupakan ruang perawatan bagi pasien sakit kritis yang memerlukan intervensi segera untuk pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan memerlukan pengawasan yang konstan secara kontinyu serta juga dengan tindakan segera (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Keadaan dari penyakit kritis menghadapkan keluarga pasien ke tingkat tinggi dari tekanan psikologis. Gejala tekanan psikologis mempengaruhi lebih dari setengah dari anggota keluarga terkena penyakit kritis pasien. Proporsi anggota keluarga mengalami tekanan psikologis yang berat dari penyakit kritis akan terus meningkat, sejalan dengan meningkatnya angka pasien yang dirawat di unit perawatan intensif untuk penggunaan alat bantu nafas yang berkepanjangan. Pemakaian alat bantu nafas pada pasien kritis yang berkepanjangan membutuhkan sumber daya kesehatan yang sangat besar (Ronald, 2010).

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Hajriani (2013) beberapa anggota keluarga yang mendapatkan masalah, tidak hanya berdampak pada bapak dan ibu tetapi juga pada keluarga yang lain. Sebab pada umumnya keluarga di Indonesia menganut tipe keluarga besar atau keluarga inti dengan salah satunya adalah ikatan kekeluargaan yang terbentuk sangat. Ketidakstabilan keluarga akibat adanya salah seorang keluarga yang terkena sakit dan dirawat di rumah sakit akan berdampak pada stres dari keluarga tersebut.

Stres merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan-tantangan (*challenge*) yang penting, ketika dihadapkan pada ancaman (*threat*), atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya. Stres adalah kondisi yang tidak menyenangkan dimana adanya tuntutan dalam suatu situasi sebagai beban atau diluar batas kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan tersebut sehingga mengharuskan seorang individu untuk berespon melakukan tindakan (Nasir & Muhith, 2011).

Berdasarkan penelitian Yosiana (2012) tentang stres keluarga akibat hospitalisasi diketahui hasil dari 103 responden, didapatkan 25 keluarga pasien mengalami tingkat stres normal (24%), 38 keluarga pasien mengalami tingkat stres ringan (37%), 20 keluarga pasien mengalami tingkat stres sedang (19%), dan 17 keluarga pasien mengalami tingkat Stres berat (17%), dan tingkat stres sangat berat sebanyak 3 keluarga pasien (3%). Salah satu penyebab terjadinya stres keluarga pasien adalah terjadinya komunikasi yang kurang efektif antara perawat dan keluarga pasien. Hasil penelitian Kristiani (2017) di Ruang ICU Rumah Sakit Adi Husada Kapasari didapatkan bahwa komunikasi perawat tergolong kurang baik sebanyak 56,2% dan 29,8% tergolong baik sesuai dengan penilaian dari keluarga pasien. Selanjutnya, penelitian yang dilakukan di Unit Perawatan Kritis Rumah Sakit UNISMA pada tahun 2017 didapatkan bahwa komunikasi perawat tergolong kurang baik sebanyak 46,7%, komunikasi perawat tergolong baik sebanyak 10% dan komunikasi perawat tergolong sedang sebanyak 43,3%. Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya penerapan komunikasi terapeutik yang efektif oleh perawat sehingga hal tersebut bisa mempengaruhi tingkat stres keluarga pasien yang secara emosional sudah terpuruk dengan adanya anggota keluarga yang dirawat serta komunikasi tersebut juga berpengaruh terhadap penerapan asuhan keperawatan yang baik khususnya dan mutu pelayanan rumah sakit umumnya (Elvina, 2017).

Faktor-faktor yang dapat memicu stres pada keluarga adalah : perubahan lingkungan, aturan ruangan perawatan, perubahan peran keluarga, status emosi keluarga dan aktivitas pada kehidupan sehari-hari keluarga, kemampuan

pembiayaan (*finacial*) keluarga, serta sikap petugas kesehatan dalam pemberian informasi tentang kondisi kesehatan pasien diruang ICU (*Intensive Care Unit*) (Friedman, 2010). Sikap perawat dalam memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi pasien merupakan hal yang sangat sensitif, dimana perawat harus memperhatikan beberapa poin terkait kondisi emosional, faktor pemahaman dan cara penyampaian. Yang apabila tidak diperhatikan maka komunikasi perawat akan menjadi pemicu terjadinya stres keluarga.

Stresor keluarga merupakan masalah tersendiri yang harus diatasi, dari literatur review yang dilakukan didapatkan beberapa metode yang dapat digunakan dalam manajemen stres keluarga pasien *intensive*. Salah satunya yaitu komunikasi terapeutik, komunikasi yang baik dengan cara penyampaian yang benar akan membuat respon keluarga lebih baik dan menurunkan stres yang dirasakan tentang kondisi pasien (Schubert, 2015). Keluarga pasien menginginkan informasi sebanyak mungkin mengenai kondisi dan proses perawatan yang diberikan kepada pasien, sedangkan pada pelayanan *intensive* akses mendapatkan informasi tidak terlalu baik dikarenakan kebutuhan pasien yang membutuhkan pemantauan yang sangat ketat (Tiara, 2015).

Penerapan komunikasi perawat yang baik dan benar atau biasa disebut dalam ilmu keperawatan dengan komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien dan keluarga mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani, Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik, Edisi 2, 2015). Komunikasi terapeutik yang tidak maksimal oleh perawat dapat membuat

keluarga semakin stres dan tidak tenang sehubungan dengan terbatasnya informasi yang didapat tentang perawatan pasien. Perawat terkadang hanya berfokus pada kondisi individu pasien dalam melakukan tindakan sehingga mengabaikan rasa stres dan cemas keluarganya. Padahal, dengan berkomunikasi terapeutik yang baik antara perawat dengan keluarga pasien maka dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya keluarga kepada perawat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien (Priyoto, 2015). Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat haruslah sesuai tahap dan dilakukan secara sistematis. Mulai dari tahap pra interaksi, orientasi, kerja hingga fase terminasi (Afnuhazi, 2015).

Sebaliknya jika komunikasi perawat tidak menimbulkan rasa nyaman, aman dan keluarga tidak mempunyai rasa percaya kepada perawat maka akan menimbulkan ketidaksepahaman pesan atau informasi antara pesan yang disampaikan oleh perawat dan pemahaman dari keluarga. Oleh sebab itu keterampilan berkomunikasi merupakan hal wajib yang harus dimiliki oleh perawat terutama dalam membaca hati dan kondisi emosional keluarga untuk menyamakan persepsi dan informasi yang selama ini menjadi masalah dalam pemberian layanan asuhan keperawatan.

Menurut Devi (2014) komunikasi terapeutik yang tidak baik disebabkan karena perawat belum memahami tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan cara membangun komunikasi terapeutik yang baik dengan klien dan keluarga klien. Selain itu, faktor pengetahuan tentang cara-cara berkomunikasi yang baik, kurangnya kesadaran dan motivasi, role

model, kurangnya supervisi kepala ruangan dan adanya persepsi bahwa komunikasi terapeutik kurang penting juga penghambat telaksananya komunikasi terapeutik yang baik (Hilwa, 2012).

Komunikasi terapeutik perawat di beberapa rumah sakit sekilas memang sudah terlaksana dengan baik, khususnya jika ditanya kepada sebagian besar perawat akan mengakui sudah melakukan komunikasi terapeutik secara maksimal dan selalu memprioritaskan pasien dan keluarganya, akan tetapi masih ada beberapa yang dinilai kurang oleh pasien maupun keluarganya, khususnya pada perawatan *intensive* seperti di ICU atau ICCU. Komunikasi yang dilakukan perawat di ICCU dengan keluarga yang ditinggal akan mempengaruhi emosional dari keluarga.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan pada tanggal 21 September 2019, didapatkan data hasil wawancara 6 dari 10 keluarga pasien yang dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dengan lama hari rawat inap >3 hari, 4 merasakan tingkat emosi yang tidak stabil, sering marah-marah, tidak bisa tidur, cemas berlebihan pada suatu situasi, dan mudah panik, sedangkan 2 merasakan tidak sabaran, mudah gelisah, ketakutan dan kehilangan nafsu makan. Dalam hal ini peneliti menyimpulkan bahwa masih tingginya tingkat stres keluarga pasien yang dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

Kekhawatiran keluarga pasien harusnya juga menjadi perhatian tersendiri oleh perawat, bukan hanya khawatir dengan kondisi keluarga yang dirawat tetapi juga banyaknya stressor yang secara bertahap datang saat ada keluarga yang

dirawat dirumah sakit yang mengakibatkan perasaan keluarga lebih sensitif terkait kondisi pasien, seperti ada yang mengungkapkan masalah biaya perawatan sehubungan dengan lamanya proses pengobatan.

Ketidakhahaman keluarga tentang informasi yang disampaikan perawat terkait kondisi pasien. Suara perawat dengan nada tinggi juga mempengaruhi tingkat stres dari keluarga, mengakibatkan keluarga takut dan tidak berani bertanya terkait kondisi pasien lebih jauh, perawat juga terkadang lupa menyebutkan nama mereka kepada pasien dan keluarga yang pastinya membuat pasien dan keluarga kurang akrab dengan perawat yang merawat keluarganya yang sedang sakit. Dengan kondisi stressor keluarga yang *multiple* harusnya perawat juga memperhatikan beberapa poin dalam komunikasi terapeutik mulai tahap pra interaksi, orientasi, kerja hingga fase terminasi.

Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat baik disadari maupun tidak sangatlah berpengaruh terhadap psikologis terutama faktor emosi keluarga pasien yang tidak stabil akibat hospitalisasi, dan disinilah kemampuan komunikasi perawat sangat dibutuhkan untuk menenangkan keluarga pasien sebagaimana tujuan dari komunikasi terapeutik adalah sebagai terapi bagi pasien maupun keluarganya yang dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya keluarga kepada perawat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien (Priyoto, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian “Adakah hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.
- 2) Mengidentifikasi komunikasi perawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.
- 3) Menganalisis hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Akademis

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal komunikasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan sebagai sarana pembanding bagi dunia ilmu pengetahuan dalam memperkaya informasi tentang stres keluarga pasien yang menjalani perawatan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

1.4.2 Bagi Praktisi

1) Bagi Pemerintah

Memberikan informasi tentang pentingnya komunikasi terapeutik sebagai salah satu upaya yang harus dilakukan terus menerus dan dilaksanakan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien atau masyarakat

2) Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan kualitas sumber daya manusia bidang keperawatan sebagai pemberi pelayanan keperawatan, khususnya sikap dan keterampilan dalam berkomunikasi.

3) Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dalam upaya meningkatkan kualitas personal perawat sebagai “*care giver*” serta menyadarkan perawat tentang pentingnya komunikasi yang terapeutik dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

4) Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dan perbandingan dalam melakukan penelitian lebih lanjut terkait peran perawat dalam memberikan pelayanan secara holistik terutama dalam hal komunikasi terapeutik dalam menurunkan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan disajikan beberapa konsep dasar yang didasarkan berdasarkan tinjauan pustaka, yaitu : 1) ICU (*Intensive Care Unit*), 2) Konsep Keluarga, 3) Komunikasi Perawat, 4) Stres Keluarga, 5) Kerangka Konsep, 6) Hipotesa Penelitian.

2.1 ICU (*Intensive Care Unit*)

2.1.1 Pengertian ICU (*Intensive Care Unit*)

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab, 2014).

Ruang perawatan intensif (ICU) adalah unit perawatan khusus yang dikelola untuk merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih, serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus (Depkes RI, 2013).

Menurut Keputusan Kesehatan RI Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang pedoman penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit, ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tunjukan untuk obseervasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

2.1.2 Pembagian ICU Berdasarkan Kelengkapan

Berdasarkan kelengkapan penyelenggaraan maka ICU dapat dibagi atas tiga tingkatan. Yang pertama ICU tingkat I yang terdapat di rumah sakit kecil yang dilengkapi dengan perawat, ruangan observasi, monitor, resusitasi dan ventilator jangka pendek yang tidak lebih dari 24 jam. ICU ini sangat bergantung kepada ICU yang lebih besar. Kedua, ICU tingkat II yang terdapat pada rumah sakit umum yang lebih besar di mana dapat dilakukan ventilator yang lebih lama yang dilengkapi dengan dokter tetap, alat diagnosa yang lebih lengkap, laboratorium patologi dan fisioterapi. Yang ketiga, ICU tingkat III yang merupakan ICU yang terdapat di rumah sakit rujukan dimana terdapat alat yang lebih lengkap antara lain hemofiltrasi, monitor invasif termasuk kateterisasi dan monitor intrakranial. ICU ini dilengkapi oleh dokter spesialis dan perawat yang lebih terlatih dan konsultan dengan berbagai latar belakang keahlian (Rab, 2014).

Terdapat tiga kategori pasien yang termasuk pasien kritis yaitu : kategori pertama, pasien yang di rawat oleh karena penyakit kritis meliputi penyakit jantung koroner, respirasi akut, kegagalan ginjal, infeksi, koma non traumatik dan

kegagalan multi organ. Kategori kedua, pasien yang di rawat yang memerlukan propilaksi monitoring oleh karena perubahan patofisiologi yang cepat seperti koma. Kategori ketiga, pasien post operasi mayor.

Apapun kategori dan penyakit yang mendasarinya, tanda-tanda klinis penyakit kritis biasanya serupa karena tanda-tanda ini mencerminkan gangguan pada fungsi pernafasan, kardiovaskular, dan neurologi (Zaky, 2015). Tanda-tanda klinis ini umumnya adalah takipnea, takikardia, hipotensi, gangguan kesadaran (misalnya letargi, konfusi / bingung, agitasi atau penurunan tingkat kesadaran) (Jevon & Ewens, 2013).

2.1.3 Klasifikasi Pelayanan ICU

Menurut Rab (2014) Pelayanan ICU diklasifikasikan menjadi 3, yaitu:

1) ICU Primer

Ruang perawatan Intensif Primer memberi pelayanan pada pasien yang memerlukan perawatan ketat (*high care*). Ruang perawatan Intensif mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberi ventilasi bantu 24-28 jam.

2) ICU Sekunder

Pelayanan ICU sekunder pelayanan yang khusus dan mampu ventilasi bantu lebih lama, mampu melakukan bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu komplek.

3) ICU Tersier

Ruang perawatan ini mampu melaksanakan semua aspek perawatan intensif, mampu memberi pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas.

2.1.4 Kriteria Pasien Masuk dan Keluar ICU

Suatu ICU mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat yang dibutuhkan untuk merawat pasien sakit kritis. Keadaan ini memaksa diperlukannya mekanisme untuk membuat prioritas pada sarana yang terbatas ini apabila kebutuhan ternyata melebihi jumlah tempat tidur yang tersedia di ICU (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan RI, 2011).

Prioritas masuk ICU menurut Direktorat Jenderal Bina Upaya Mandiri tentang Standar Pelayanan ICU (2011) adalah sebagai berikut :

1) Pasien Prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan perawatan intensif dengan bantuan alat-alat ventilasi, monitoring dan obat-obatan vasoaktif dan lain-lain misal pasien bedah kardioraksik, pasien *shock septic*.

2) Pasien Prioritas 2

Pasien memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ICU. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantauan intensif menggunakan metode seperti *pulmonary arterial catheter* sangat menolong, misalnya pada penyakit dasar jantung paru atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang di terimanya, mengingat kondisi medisnya senantiasa berubah.

3) Pasien Prioritas 3

Pasien jenis ini pasien sakit kritis dan tidak stabil dimana status kesehatan sebelumnya penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan mendapat manfaat dari terapi di ICU. Contoh-contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik di sertai penyulit infeksi perikardial tamponade, atau sumbatan jalan nafas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi akut penyakit berat, pasien prioritas 3 mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi dan resusitasi kardiopulmuner.

2.1.5 Pedoman Penyelenggaraan Ruang ICU

Penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit harus berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di rumah sakit. Pelayanan ICU di rumah sakit meliputi beberapa hal, yang pertama etika kedokteran dimana etika pelayanan di ruang ICU harus berdasarkan falsafah dasar "saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Kedua, indikasi yang benar dimana pasien yang di rawat di ICU harus pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care, pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode

terapi titrasi, dan pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis (Kementerian Kesehatan RI, 2010)

Ketiga, kerjasama *multidisipliner* dalam masalah medis kompleks dimana dasar pengelolaan pasien ICU adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama di dalam tim yang di pimpin oleh seorang dokter intensivis sebagai ketua tim. Keempat, kebutuhan pelayanan kesehatan pasien dimana kebutuhan pasien ICU adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *Airway, Breathing, Circulation, Brain* dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitive (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Kelima, peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim dimana setiap tim multidisiplin harus bekerja dengan melihat kondisi pasien misalnya sebelum masuk ICU, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi kemudian kepala ICU melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya serta berkonsultasi dengan konsultan lain dan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim. Keenam, asas prioritas yang mengharuskan setiap pasien yang dimasukkan ke ruang ICU harus dengan indikasi masuk ke ruang ICU yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Ketujuh, sistem manajemen peningkatan mutu terpadu demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan di ruang ICU yang memerlukan tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural ICU untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU. Kedelapan, kemitraan profesi dimana kegiatan pelayanan pasien di ruang ICU di samping multi disiplin juga antar profesi seperti profesi medik, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM (Sumber Daya Manusia) secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Kesembilan, efektifitas, keselamatan dan ekonomis dimana unit pelayanan di ruang ICU mempunyai biaya dan teknologi yang tinggi, multi disiplin dan multi profesi, jadi harus berdasarkan asas efektifitas, keselamatan dan ekonomis. Kesepuluh, kontinuitas pelayanan yang ditujukan untuk efektifitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU. Untuk itu perlu di kembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit = HCU*). Fungsi utama. HCU adalah menjadi unit perawatan antara dari bangsal rawat dan ruang ICU. Di HCU, tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Hajriani (2013) Unit perawatan kritis atau unit perawatan intensif (ICU) merupakan unit rumah sakit di mana klien menerima perawatan medis intensif dan mendapat monitoring yang ketat. ICU memiliki teknologi yang canggih seperti monitor jantung terkomputerisasi

dan ventilator mekanis. Walaupun peralatan tersebut juga tersedia pada unit perawatan biasa, klien pada ICU dimonitor dan dipertahankan dengan menggunakan peralatan lebih dari satu. Staf keperawatan dan medis pada ICU memiliki pengetahuan khusus tentang prinsip dan teknik perawatan kritis. ICU merupakan tempat pelayanan medis yang paling mahal karena setiap perawat hanya melayani satu atau dua orang klien dalam satu waktu dan dikarenakan banyaknya terapi dan prosedur yang dibutuhkan seorang klien dalam ICU.

Pada permulaannya perawatan di ICU diperuntukkan untuk pasien post operatif. Akan tetapi setelah ditemukannya berbagai alat perekam (monitor) dan penggunaan ventilator untuk mengatasi pernafasan maka ICU dilengkapi pula dengan monitor dan ventilator. Disamping itu dengan metoda dialisa pemisahan racun pada serum termasuk kadar ureum yang tinggi maka ICU dilengkapi pula dengan hemodialisa (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Pada prinsipnya alat dalam perawatan intensif dapat di bagi atas dua yaitu alat-alat pemantau dan alat-alat pembantu termasuk alat ventilator, hemodialisa dan berbagai alat lainnya termasuk defebriator. Alat-alat monitor meliputi bedside dan monitor sentral, ECG, monitor tekanan intravaskuler dan intrakranial, komputer cardiac output, oksimeter nadi, monitor faal paru, analiser karbondioksida, fungsi serebral/monitor EEG, analisa kimia darah, analisa gas dan elektrolit, radiologi (X-ray viewers, portable X-ray machine, Image intensifier), alat-alat respirasi (ventilator, humidifiers, terapi oksigen, alat intubasi (airway control equipment), resusitator otomatis, fiberoptik bronkoskop, dan mesin anastesi (Rab, 2014).

Menurut Potter & Perry (2005) dalam Hajriani (2013) instrumentasi yang begitu beragam dan kompleks serta ketergantungan pasien yang tinggi terhadap perawat dan dokter (karena setiap perubahan yang terjadi pada pasien harus di analisa secara cermat untuk mendapat tindakan yang cepat dan tepat) membuat adanya keterbatasan ruang gerak pelayanan dan kunjungan keluarga. Kunjungan keluarga biasanya dibatasi dalam hal waktu kunjungan (biasanya dua kali sehari), lama kunjungan (berbeda-beda pada setiap rumah sakit) dan jumlah pengunjung (biasanya dua orang secara bergantian).

2.1.6 Sistem Pelayanan Ruang ICU

Kriteria pasien keluar dari ICU menurut Kementerian Kesehatan (2010) mempunyai 3 prioritas :

1) Pasien Prioritas 1

Pasien dipindah apabila pasien tersebut tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, atau jika terapi mengalami kegagalan, prognose jangka pendek buruk, sedikit kemungkinan bila perawatan intensif diteruskan. Contoh: pasien dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak beberapa terhadap pengelolaan agresif.

2) Pasien prioritas 2

Pasien dipindahkan apabila hasil pemantauan intensif menunjukan bahwa perawatan intensif tidak dibutuhkan dan pemantauan intensif selanjutnya tidak diperlukan lagi.

3) Pasien prioritas 3

Pasien dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinyu diketahui kemungkinan untuk pulih kembali sangat kecil, keuntungan dari terapi selanjutnya sangat sedikit. Contoh pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, kersinoma yang telah menyebar luas dan lain-lainnya).

2.1.7 Perawat ICU

Seorang perawat yang bertugas di ICU melaksanakan 3 tugas utama yaitu, life support, memonitor keadaan pasien dan perubahan keadaan akibat pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Di Australia di aplikasikan 4 kriteria perawat ICU yaitu, Perawat ICU yang telah mendapat pelatihan lebih dari 12 bulan ditambah dengan pengalaman, perawat yang telah mendapat latihan 12 bulan, perawat yang telah mendapatkan sertifikat pengobatan kritis (*critical care certificate*), dan perawat sebagai pelatih (*trainer*) (Rab, 2014).

Di Indonesia, ketenagaan perawat di ruang ICU diatur dalam Keputusan Menteri Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang fenomena penyelenggaraan ICU di Rumah Sakit yaitu, untuk ICU level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuasn lanjut, untuk ICU level II di perlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU, dan untuk ICU level III diperlukan 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasikan dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2011) Definisi lain menjelaskan bahwa keluarga sebagai sekumpulan orang (rumah tangga) yang memiliki hubungan darah atau perkawinan atau menyediakan terselenggaranya fungsi-fungsi instrumental mendasar dan fungsi-fungsi perspektif keluarga bagi para anggotanya yang berda dalam suatu jaringan (Lestari, 2012).

Definisi mengenai keluarga tersebut sangat luas, mencakup berbagai hubungan luar perspektif legal, yang termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga. Definisi tersebut mencakup *extended family* yang tinggal dalam satu rumah tangga atau lebih, pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah, keluarga tanpa anak, keluarga homoseksual, keluarga orang tua tunggal, serta keluarga inti dengan orang tua lengkap (Toha, 2014).

2.2.2 Ciri-Ciri Keluarga Di Indonesia

Menurut Lestari (2012) ciri-ciri keluarga di setiap negara berbeda, tergantung dari kebudayaan, falsafah hidup, dan ideologi negara. Adapun ciri-ciri keluarga di Indonesia adalah :

- 1) Mempunyai ikatan keluarga yang erat dilandasi dengan semangat kegotongroyongan.

- 2) Merupakan satu kesatuan yang utuh yang dijiwai nilai budaya ketimuran yang kental dan mempunyai rasa tanggung jawab yang besar.
- 3) Umumnya sebagai kepala rumah tangga dipimpin oleh suami yang dominan dalam pengambilan keputusan namun prosesnya melalui musyawarah dan mufakat.
- 4) Berbeda antara keluarga yang tinggal dipedesaan dan perkotaan. Keluarga di pedesaan masih bersifat tradisional, sederhana, saling menghormati satu sama lain dan sedikit sulit menerima inovasi baru.

2.2.3 Struktur Keluarga

Menurut Lestari (2012) struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melakukan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Terdapat empat elemen struktur keluarga, yaitu :

- 1) Struktur peran keluarga, yaitu menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat baik peran formal maupun nonformal.
- 2) Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi antara ayah-ibu, orang tua dan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (keluarga besar) dan keluarga inti.

- 4) Struktur kekuatan keluarga, yaitu menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mengendalikan dan mempengaruhi serta mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2011) Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga, fungsi keluarga yaitu sebagai berikut :

- 1) Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian): merupakan dasar utama dan fungsi yang paling penting untuk pembentukan maupun keberlangsungan unit keluarga itu sendiri. Kemampuan untuk menyediakan kebutuhan kasih sayang dan pengertian merupakan penentu utama apakah suatu keluarga tersebut bertahan atau bubar. Menurut Duvall & Miller (2010), kebahagiaan keluarga diukur oleh kekuatan cinta keluarga. Keluarga harus senantiasa memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan dan mempertahankan moral. Fungsi efektif ini peran utamanya yaitu pada orang dewasa, peran ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya.
- 2) Fungsi sosialisasi dan status sosial yaitu memfasilitasi sosialisasi primer pada anak dan bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif yang kemudian dapat memberikan status pada anggota keluarga. Sosialisasi anggota keluarga merupakan fungsi yang universal dan lintas

budaya yang dibutuhkan dari keberlangsungan hidup dimasyarakat. Keluarga memiliki tanggung jawab yang utama dalam mengubah seorang bayi dalam hitungan tahun menjadi seorang makhluk sosial yang dapat berpartisipasi penuh dimasyarakat. Selain itu, sosialisasi seharusnya tidak terbatas dianggap berhubungan dengan pola perawatan bayi dan anak, tetapi lebih pada proses seumur hidup.

Status sosial merupakan aspek lain dari fungsi sosialisasi. Pemberian status sosial pada anak berarti mewariskan tradisi, nilai dan hak keluarga. Selain itu keluarga memiliki tanggung jawab dalam fungsi sosialisasi yang diperlukan dan pengalaman pendidikan yang memungkinkan anggota keluarga untuk memikul pekerjaan dan peran dalam kelompok yang konsisten dengan harapan status.

- 3) Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan dari bahaya. Praktik dan pelayanan kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga.
- 4) Fungsi reproduksi yaitu untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dalam masyarakat, dalam keluarga pasca modern, keluarga didefinisikan pada konteks pilihan (“siapa yang Anda pilih untuk menjadi bagian dalam keluarga”). Dengan demikian saat seorang anak lahir, sebuah keluarga barupun lahir dan menjadikan keluarga dengan orang tua tunggal menjadi lebih umum.

Sejalan dengan memiliki anak diluar batasan keluarga tradisional, penggunaan kontrasepsi dan teknologi reproduksi menjadi kecenderungan yang penting baik didalam ataupun di luar lingkup keluarga.

- 5) Fungsi ekonomi mencakup keterlibatan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup dari segi finansial, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Perlunya memahami bagaimana keluarga mendistribusikan sumber-sumbernya, perawatan keluarga juga dapat memperoleh perspektif yang lebih jelas mengenai sistem nilai keluarga dan sumber apa yang harus diakses guna membantu keluarga memenuhi kebutuhannya.

2.2.5 Masalah-Masalah Keluarga

Menurut Puspita (2015) masalah dalam keluarga yang sering terjadi adalah:

- 1) Masalah Ekonomi

Tidak bisa kita pungkiri bahwa ekonomi merupakan tonggak kehidupan manusia. Masalah ekonomi tidak hanya menjadi urusan negara (sebagai skala besar) tetapi juga masalah keluarga (sebagai skala kecil). Masalah dalam keluarga yang dilatar belakangi karena persoalan ekonomi dapat menjadi positif maupun negatif. Biasanya masalah ekonomi ini terbentur akibat kurangnya penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Hal positifnya, setiap keluarga akan mau untuk bekerja keras mendapatkan penghasilan tambahan untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Sedangkan efek negatifnya, keluarga dengan masalah ekonomi adalah setiap anggota keluarga kemungkinan tidak dapat hidup dengan layak, baik dari segi pakaian, tempat tinggal yang tidak higienis, dan

kekurangan gizi. Banyak orang yang tidak tahan berada dalam himpitan ekonomi dan memutuskan untuk mencari jalan pintas. Tingkat kejahatan yang semakin tinggi salah satunya disebabkan oleh adanya tuntutan ekonomi dalam sebuah rumah tangga. Hal ini adalah sebuah kenyataan masalah hidup yang jika terjadi dalam sebuah keluarga bisa menuntun pada masalah yang jauh lebih besar dan merugikan orang lain (Puspita R. D., 2015).

2) Masalah Komunikasi

Masalah komunikasi adalah masalah dalam keluarga yang paling sering ditemui. Kesalahpahaman, kekurangpahaman, ingin benar sendiri, dan sulit untuk menjadi pendengar yang baik adalah beberapa contoh akibat dari masalah komunikasi pada keluarga yang biasanya akan berujung menjadi konflik. Padahal, masalah ini sangat sepele dan bisa diselesaikan secepat masalah itu datang. Ada baiknya jika kita bisa menahan diri dari kekejian lidah, agar kita dapat berpikir dahulu sebelum berbicara. Selain itu, penting bagi orang tua mengajarkan anak-anak menghargai perbedaan pendapat dan jadilah orang tua baik yang mau mendengarkan apa yang disampaikan si anak (Puspita R. D., 2015).

Hal serupa juga sebaiknya dilakukan dengan pasangan. Sampaikan apa yang menjadi permasalahan ataupun hal-hal yang mengganjal agar bisa segera diselesaikan. Sebagai manusia, tentu kita tahu bahwa tidak semua orang memahami dan mengerti apa yang sedang kita pikirkan dan kita rasakan, untuk itu jadilah pribadi yang terbuka, komunikatif, dan mau memahami serta mengerti orang lain (Puspita R. D., 2015).

3) Masalah Sosial

Masalah ini biasanya muncul sebagai masalah dalam keluarga yang mencakup banyak aspek kehidupan. Contohnya pada orang tua yang telah memiliki anak yang sedang beranjak dewasa. Biasanya anak-anak tersebut memiliki sudut pandang yang berbeda soal pertemanan dari orang tuanya. Tidak hanya itu, masalah sosial juga dapat berupa aspek-aspek lain dalam kehidupan berkeluarga seperti masalah adat istiadat yang berbeda, kebiasaan keluarga yang terbawa ke dalam rumah tangga, hingga masalah sepele seperti penggunaan bahasa sehari-hari. Kuncinya adalah tetap berkomunikasi dengan baik, menghargai adanya perbedaan, dan saling mengerti serta memahami satu sama lain (Puspita R. D., 2015).

4) Masalah Privasi

Terkadang meskipun hidup di dalam keluarga dan telah memiliki pasangan serta anak-anak yang lucu, baik Abi maupun Ummi butuh waktu untuk menyendiri. Di dalam keluarga, terkadang kita juga memerlukan tempat-tempat tertentu untuk privasi kita seperti di kamar tidur. Konflik bisa terjadi bila privasi kita diganggu oleh orang lain, bahkan oleh saudara kita sendiri. Nah, untuk mencegah konflik ini berlanjut, utamakan komunikasi, lagi-lagi komunikasi. Berikan pengertian kepada orang lain tanpa emosi meledak-ledak bahwa saat ini kita sedang ingin sendiri sementara waktu (Puspita R. D., 2015).

5) Masalah Prinsip

Masalah dalam keluarga terakhir dalam artikel ini adalah masalah prinsip. Tidak jarang kita menemukan keluarga yang berbeda keyakinan. Untuk

menghindari masalah dalam keluarga akibat beda keyakinan, maka kita butuh toleransi dalam beragama. Memeluk sebuah agama yang diyakini merupakan hak asasi setiap manusia dan tidak seorang pun boleh memaksakan kehendaknya terhadap orang lain. Hindarilah perdebatan yang tidak perlu dan jadilah orang beriman (sebagai muslim) yang memiliki rasa toleransi tanpa pemaksaan (Puspita R. D., 2015).

2.3 Komunikasi Perawat

2.3.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi mengandung makna bersama – sama (*common*). Istilah komunikasi atau *communication* berasal dari bahasa Latin, yaitu *communication* yang berarti pemberitahuan atau pertukaran. Kata sifatnya *communis*, yang bernakna umum atau bersama – sama (Devi, 2014).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang terapis dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Damaiyanti & Iskandar, 2014).

Komunikasi terapeutik adalah modalitas dasar intervensi utama yang terdiri atas teknik verbal dan nonverbal yang digunakan untuk membentuk hubungan antara terapis dan pasien dalam pemenuhan kebutuhan (Mubarak, 2012). Oleh karena itu, komunikasi terapeutik merupakan hal penting dalam kelancaran pelayanan kesehatan yang dilakukan terapis untuk mengetahui apa yang dirasakan dan diinginkan pasien.

2.3.2 Tujuan Komunikasi Perawat

Dalam konteks pelayanan keperawatan kepada klien, pertama-tama klien harus percaya bahwa perawat mampu memberikan pelayanan keperawatan dalam mengatasi keluhannya, demikian juga perawat harus dapat dipercaya dan diandalkan atas kemampuan yang telah dimiliki perawat (Simamora, 2013). Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi (Damaiyanti & Iskandar, 2014). Tujuan komunikasi (Purwanto, 1994 seperti dikutip dalam Damaiyanti, 2014) adalah:

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

2.3.3 Manfaat Komunikasi Perawat

Manfaat komunikasi terapeutik Anas (2014) adalah:

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dengan pasien melalui hubungan perawat-pasien.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, mengkaji masalah, dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat.

2.3.4 Prinsip-Prinsip Komunikasi Perawat

Prinsip-prinsip komunikasi perawat menurut Damaiyanti (2014) :

- 1) Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 4) Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 5) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah – masalah yang dihadapi.
- 6) Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan, amupun frustrasi.
- 7) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 8) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
- 9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.

- 10) Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual, dan gaya hidup.
- 11) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.
- 12) *Altruisme* untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 13) Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 14) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.3.5 Sikap Dalam Berkomunikasi

Menurut Devi (2014) terdapat 5 sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu:

- 1) Berhadapan; arti dari posisi ini adalah saya siap untuk anda.
- 2) Mempertahankan kontak mata; kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- 3) Membungkuk kearah pasien; posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu.
- 4) Memperlihatkan sikap terbuka; tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu.
- 5) Tetap rileks; tetap dapat mengendalikan keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons kepada pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

2.3.6 Teknik-Teknik dalam Berkomunikasi

Beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut Aisah (2015) antara lain:

1) Mendengarkan dengan Penuh Perhatian

Perawat diharapkan dapat mengerti klien dengan cara Mendengarkan apa yang disampaikan klien. Ciri dari pendengar yang baik antara lain: pandangan saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari tindakan yang tidak perlu, anggukan kepala jika klien membicarakan hal hal yang penting atau memerlukan umpan balik, condongkan tubuh kearah lawan bicara.

2) Menunjukkan Penerimaan

Perawat harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya.

3) Menanyakan Pertanyaan yang Berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh klien dengan menggunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya klien.

4) Pertanyaan terbuka (*Open-Ended Question*)

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban "ya" dan "mungkin", tetapi memerlukan jawaban yang luas. Dengan begitu klien dapat mengemukakan masalahnya dengan kata-katanya sendiri atau memberikan informasi yang diperlukan.

5) Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri

Dengan pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

6) Mengklarifikasi

Klarifikasi terjadi saat perawat berusaha menjelaskan dalam kata-kata, ide atau pikiran yang tidak jelas dikatakan oleh klien. Tujuannya adalah untuk menyamakan pengertian.

7) Memfokuskan

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan mengerti.

8) Menyatakan hasil observasi

Dengan perawat memberikan umpan balik berupa isyarat non verbal, klien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Teknik ini seringkali membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa perawat harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan.

9) Menawarkan informasi

Memberikan tambahan informasi seperti tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien. Penahanan informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan akan mengakibatkan klien menjadi tidak percaya.

10) Diam (memelihara ketenangan)

Diam akan memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi,

terutama pada saat klien harus mengambil keputusan. Diam yang tidak tepat dapat menyebabkan orang lain merasa cemas.

11) Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya.

12) Memberi penghargaan

Berilah penghargaan pada klien dan jangan sampai menjadi beban. Dalam arti jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya.

13) Menawarkan diri

Perawat menyediakan diri tanpa respons bersyarat atau respon yang diharapkan.

14) Memberi kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk klien yang merasa ragu-ragu, perawat dapat menstimulusnya untuk membuka pembicaraan.

15) Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan. Teknik ini juga mengindikasikan bahwa perawat mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

16) Menempatkan kejadian secara berurutan

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif, sehingga dapat menemukan pola kesukaran interpersonal.

17) Memberikan kesempatan pada pasien untuk menguraikan persepsinya

Jika perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien.

18) Refleksi

Refleksi ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

19) *Assertive*

Assertive adalah kemampuan dalam meyakinkan, mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain. Kemampuan asertif antara lain : berbicara jelas, mampu menghadapi manipulasi pihak lain tanpa menyakiti hatinya, melindungi diri dari kritik.

20) Humor

Humor merupakan hal yang penting dalam komunikasi verbal karena tertawa mengurangi ketegangan dan rasa

2.3.7 Hubungan Perawat dan Klien/*Helping Relationship*

Salah satu karakteristik dasar dari komunikasi yaitu ketika seseorang melakukan komunikasi terhadap orang lain maka akan tercipta suatu hubungan diantara keduanya,. Hal inilah yang pada akhirnya membentuk suatu hubungan '*helping relationship*'. *Helping relationship* adalah hubungan yang terjadi

diantara dua (atau lebih) individu maupun kelompok yang saling memberikan dan menerima bantuan atau dukungan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya sepanjang kehidupan. Pada konteks keperawatan, hubungan yang dimaksud adalah hubungan antara perawat dan klien. Ketika hubungan antara perawat dan klien terjadi, perawat sebagai penolong (helper) membantu klien sebagai orang yang membutuhkan pertolongan, untuk mencapai tujuan yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar manusia klien (Suryani, Komunikasi Terapeutik : teori dan praktik, 2015).

Menurut Suryani (2015), ada beberapa karakteristik seorang helper (perawat) yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik, yaitu:

1) Kejujuran

Kejujuran sangat penting, karena tanpa adanya kejujuran mustahil bisa terbina hubungan saling percaya. Sangat penting bagi perawat untuk menjaga kejujuran saat berkomunikasi dengan klien, karena apabila hal tersebut tidak dilakukan maka klien akan menarik diri, merasa dibohongi, membenci perawat atau bisa juga berpura-pura patuh terhadap perawat.

2) Tidak membingungkan dan cukup ekspresi

Dalam berkomunikasi dengan klien, perawat sebaiknya menggunakan kata-kata yang mudah dipahami oleh klien. Komunikasi nonverbal harus cukup ekspresif dan sesuai dengan verbalnya karena ketidaksesuaian akan menimbulkan kebingungan bagi klien.

3) Bersikap positif

Bersikap positif ditunjukkan dengan bersikap hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien. Untuk mencapai kehangatan dan ketulusan

dalam hubungan terapeutik tidak memerlukan kedekatan yang kuat atau ikatan tertentu diantara perawat dan klien akan tetapi penciptaan suasana yang dapat membuat klien merasa aman dan diterima dalam mengungkapkan perasaan dan pikirannya

4) Empati bukan simpati

Dengan empati, perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah karena perawat tidak hanya merasakan permasalahan klien tetapi juga tidak berlarut-larut dalam perasaan tersebut dan turut berupaya mencari penyelesaian masalah secara objektif.

5) Mampu melihat permasalahan dari kacamata klien

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus berorientasi pada klien, melihat permasalahan yang sedang dihadapi klien dari sudut pandang klien. Untuk dapat melakukan hal ini perawat harus memahami dan mendengarkan dengan aktif, serta penuh perhatian.

6) Menerima klien apa adanya

Jika seseorang merasa diterima maka dia akan merasa aman dalam menjalin hubungan interpersonal.

7) Sensitif terhadap perasaan klien

Dengan bersikap sensitif terhadap perasaan klien, perawat dapat terhindar dari berkata atau melakukan hal-hal yang menyinggung privasi ataupun perasaan klien.

- 8) Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri
- Perawat harus mampu memandang dan menghargai klien sebagai individu yang ada pada saat ini, bukan atas masa lalunya, demikian pula terhadap dirinya sendiri.

2.3.8 Tahap-Tahap Komunikasi Perawat

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) perawat mempunyai 4 tahap yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat (Damaiyanti & Iskandar, 2014).

1) Fase pra-interaksi

Pra interaksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Anda perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang anda miliki. Jika merasakan ketidakpastian maka anda perlu membaca kembali, diskusi dengan teman sekelompok atau diskusi dengan tutor. Adapun hal yang perlu dilakukan pada fase ini adalah :

- (1) Mengumpulkan data tentang pasien
- (2) Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri
- (3) Membuat rencana pertemuan dengan pasien (kegiatan, waktu, tempat)

2) Fase orientasi/ perkenalan

Perkenalan merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien. Hal-hal yang perlu dilakukan adalah :

- (1) Memberi salam
- (2) Memperkenalkan diri perawat
- (3) Menanyakan nama pasien

- (4) Menyetujui pertemuan (kontrak)
- (5) Menghadapi kontrak
- (6) Memulai percakapan awal
- (7) Menyetujui masalah pasien
- (8) Mengakhiri perkenalan

Orientasi dilaksanakan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuan fase orientasi adalah memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan pasien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama pasien. Adapun hal-hal yang perlu dilakukan adalah :

- (1) Memberikan salam dan tersenyum ke arah pasien
- (2) Melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif)
- (3) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan
- (4) Menjelaskan tujuan
- (5) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan
- (6) Menjelaskan kerahasiaan

3) Fase Kerja

Fase kerja merupakan inti hubungan perawatan pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tujuan tindakan keperawatan adalah:

- (1) Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif.

- (2) Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan afektif atau psikomotor.
- (3) Melaksanakan terapi/ teknikal keperawatan
- (4) Melaksanakan pendidikan kesehatan
- (5) Melaksanakan kolaborasi
- (6) Melaksanakan observasi dan monitoring

4) Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat dan pasien. Terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

(1) Terminasi sementara

Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien. Pada terminasi sementara, perawat akan bertemu lagi dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan, misalnya satu atau dua jam pada hari berikutnya.

(2) Terminasi akhir

Terminasi akhir terjadi jika pasien akan pulang dari rumah sakit atau perawat selesai praktik dirumah sakit. Komponen fase terminasi adalah:

- 1) Menyimpulkan hasil kegiatan; evaluasi proses dan hasil
- 2) Memberikan *reinforcement* positif
- 3) Merencanakan tindak lanjut dengan pasien
- 4) Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya (waktu, tempat, topik)
- 5) Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.

2.3.9 Penilaian Komunikasi Perawat

Penilaian komunikasi perawat adalah skala untuk mengukur kemampuan berkomunikasi yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Aspek penilaian komunikasi menurut Mandala (2002) terdiri dari 24 item pertanyaan adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk fase interaksi, fase kerja dan fase terminasi.

Tabel 2.1 Aspek Penilaian Komunikasi Perawat Mandala (2002)

No	Aspek Penilaian	Tidak Pernah	Kadang Kadang	Sering	Selalu
1	Perawat mengucapkan salam dan bersalaman pada anda				
2	Perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada anda				
3	Perawat menanyakan nama anda				
4	Perawat menjelaskan tanggung jawab dan perannya saat berkomunikasi dengan anda				
5	Perawat menjelaskan tanggung jawab dan peran anda sebagai keluarga pasien				
6	Perawat menanyakan topik pembicaraan yang merupakan kebutuhan utama anda saat ini untuk didiskusikan				
7	Perawat berdiskusi bersama dengan anda tentang rencana keperawatan yang akan diberikan kepada pasien				
8	Perawat melakukan tindak lanjut terhadap masalah perawatan yang ditemukan dan menjelaskan kepada anda sebagai keluarga pasien				
9	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis saat berkomunikasi dengan anda				

10	Perawat menggunakan bahasa yang sederhana digunakan saat berkomunikasi dengan anda				
11	Perawat menggunakan kata yang jelas saat berkomunikasi dengan anda				
12	Perawat menyampaikan pesan yang ringkas dan tidak tergesa-gesa saat berkomunikasi dengan anda				
13	Perawat pada saat wawancara atau komunikasi verbal dengan anda mempertahankan kontak mata yang wajar				
14	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap berhadapan dengan anda				
15	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat				
16	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang dikeluhkan				
17	Perawat menunjukkan dukungan emosional dan perhatiannya melalui sentuhan.				
18	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda memperlihatkan sikap empati/peduli				
19	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu lengan tidak dilipat atau mengepal				
20	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap sedikit miring atau membungkuk ke arah anda				
21	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu kaki tidak dilipat atau menyilang dan mengangkat bahu				

22	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan jarak yang wajar (30-40 cm)				
23	Perawat menyimpulkan proses dan hasil diskusi berdasarkan tujuan awal bersama dengan anda				
24	Perawat mengakhiri wawancara atau komunikasi dengan cara yang baik dengan mengucapkan salam				

Indikator penilaian komunikasi perawat menurut Arikunto (2011) :

1. Tidak Baik ($\leq 40\%$),
2. Kurang Baik (41-55%),
3. Cukup Baik (56-75%) dan
4. Kategori Baik (76-100%)

Penilaian komunikasi perawat diukur dengan menggunakan aspek penilaian perawat Mandala (2002) terdiri dari 24 item pertanyaan adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur komunikasi yang dilakukan oleh perawat kepada keluarga pasien dalam fase interaksi, fase kerja dan fase terminasi. Aspek penilaian komunikasi perawat Mandala (2002). Dari 24 item pertanyaan dengan skor pada setiap pertanyaan 1 (tidak pernah), 2 (kadang-kadang), 3 (sering) dan 4 (selalu). Skor-skor pada setiap item pertanyaan akan dijumlahkan dan dibagi dengan 100% kategori penilaian sempurna, dengan kriteria tidak baik ($\leq 40\%$), kurang baik (41-55%), cukup baik (56-75%) dan kategori baik (76-100%).

2.4 Stres Keluarga

2.4.1 Pengertian Stres

Menurut Richard (2010) stres adalah suatu proses yang menilai suatu peristiwa sebagai sesuatu yang mengancam, ataupun membahayakan dan individu merespon peristiwa itu pada level fisiologis, emosional, kognitif dan perilaku. Peristiwa yang memunculkan stres dapat saja positif (misalnya merencanakan perkawinan) atau negatif (contoh : kematian keluarga).

Stres merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan-tantangan (*challenge*) yang penting, ketika dihadapkan pada ancaman (*threat*), atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya. Stres adalah kondisi yang tidak menyenangkan dimana adanya tuntutan dalam suatu situasi sebagai beban atau diluar batas kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan tersebut sehingga mengharuskan seorang individu untuk berespon atau melakukan tindakan (Nasir & Muhith, 2011).

Stres adalah suatu kondisi atau situasi internal atau lingkungan yang membebankan tuntutan penyesuaian terhadap individu yang bersangkutan. Keadaan stres cenderung menimbulkan usaha ekstra dan penyesuaian baru, tetapi dalam waktu yang lama akan melemahkan pertahanan individu dan menyebabkan ketidakpuasan (Wahyuni, 2014).

Dengan demikian, stres adalah situasi yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh adanya tuntutan sebagai beban sehingga mengharuskan individu untuk berespons secara respon fisiologis maupun psikologis.

2.4.2 Sumber Stres

Menurut Nasir & Muhith (2011) , sumber-sumber stres yang biasa terjadi di dalam kehidupan adalah :

1) Sumber Stres dari Individu

Terkadang sumber stres berasal dari individunya sendiri. Salah satunya adalah melalui penyakit yang diderita oleh seseorang. Hal lain yang dapat menimbulkan stres dari individu sendiri adalah melalui penilaian dari dorongan motivasi yang bertentangan, ketika terjadi konflik dalam diri seseorang dan biasanya orang tersebut berada dalam suatu kondisi di mana dia harus menentukan pilihan tersebut sama pentingnya.

2) Sumber stres dalam keluarga

Perilaku, kebutuhan, dan kepribadian dari tiap anggota keluarga yang mempunyai pengaruh dan berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya, kadang menimbulkan gesekan. Konflik interpersonal dapat timbul sebagai akibat dari masalah keuangan, *inconsiderate behavior*, atau tujuan yang bertolak belakang. Stres dalam keluarga terkadang berasal dari penyakit kritis yang dialami anggota keluarga, kehilangan pekerjaan secara tiba-tiba, perpindahan, atau menjadi tuna wisma.

3) Sumber Stres dalam Komunitas dan Lingkungan

Hubungan yang dibuat seseorang di luar lingkungan keluarganya dapat menghasilkan banyak sumber stres. Salah satunya adalah bahwa hampir semua orang pada suatu saat dalam kehidupannya mengalami stres yang berhubungan dengan pekerjaannya. Secara umum disebut sebagai stres pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan kurangnya hubungan interpersonal serta kurangnya adanya pengakuan di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang (Hidayat D. , 2014).

2.4.3 Faktor Presipitasi Stres

Beberapa faktor yang dianggap sebagai pemicu timbulnya stres (Nasir & Muhith, 2011) antara lain faktor fisik maupun biologis dan faktor psikologis.

1) Faktor Fisik dan Biologis

Berikut ini adalah beberapa faktor fisik dan psikologis yang dapat menyebabkan stres :

- (1) Genetika. Banyak ahli beranggapan bahwa masa kehamilan mempunyai keakraban dengan kemungkinan kerentanan stres pada anak yang dilahirkan. Kondisi tersebut berupa ibu hamil yang perokok, alkoholik, dan penggunaan obat-obatan.
- (2) *Case History*. Beberapa riwayat penyakit di masa lalu yang mempunyai efek psikologis di masa depan, dapat berupa penyakit di masa kecil seperti demam tinggi yang mempengaruhi kerusakan gendang telinga, kecelakaan yang mengakibatkan kehilangan organ dan sebagainya.

- (3) Pengalaman hidup. Mencakup case history dan pengalaman hidup yang mempengaruhi perasaan independen yang menyangkut kematangan organ-organ seksual pada masa remaja.
- (4) Tidur. Istirahat yang cukup akan memberikan energi pada kegiatan yang sedang dilakukannya. Penderita insomnia mempunyai kerentanan terhadap stres yang lebih berat.
- (5) Diet. Diet yang berlebihan dapat mengakibatkan stres berat. Pelaku diet penderita obesitas yang melakukan diet ketat berlebihan mempunyai risiko kematian tinggi. Di Amerika Serikat diperkirakan 6 di antara 10 orang yang melakukan diet ketat ini menyebabkan kematian. Diet secara berlebihan memungkinkan munculnya sindrom anoreksia.
- (6) Postur tubuh. Individu yang memiliki kelainan bentuk tubuh, cacat bawaan, dan penggunaan steroid juga dapat memicu munculnya stres pada individu.
- (7) Penyakit. Beberapa penyakit dapat menjadi stresor pada individu berupa TBC, kanker, impotensi dan berbagai penyakit lainnya.

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis dapat memicu terjadinya stres meliputi persepsi, emosi, situasi psikologis, pengalaman hidup, dan faktor lingkungan (lingkungan fisik, biotik, dan sosial).

(1) Persepsi

Kadar stres dalam suatu peristiwa sangat bergantung pada bagaimana individu bereaksi terhadap stres tersebut. Hal ini juga dipengaruhi oleh bagaimana individu berpersepsi terhadap stressor yang muncul.

(2) Emosi

Emosi merupakan hal sangat penting dan kompleks dalam diri individu. Stres dan emosi mempunyai keterikatan yang saling mempengaruhi keduanya, seperti kecemasan, rasa bersalah, khawatir, ekspresi marah, rasa takut, sedih, dan cemburu.

(3) Situasi Psikologis

Hal – hal yang mempengaruhi konsep berpikir (kognitif) dan penilaian terhadap situasi – situasi yang mempengaruhinya yang berupa konflik, frustrasi, serta kondisi tertentu yang dapat memberikan ancaman bagi individu, misalnya tingkat kejahatan yang semakin meningkat akan memberikan rasa kecemasan (stres).

(4) Pengalaman Hidup

Pengalaman hidup merupakan keseluruhan kejadian yang memberikan pengaruh psikologis bagi individu. Kejadian tersebut memberikan dampak psikologis dan memungkinkan munculnya stres pada individu.

(5) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya stres meliputi lingkungan fisik, lingkungan biotik, dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik adalah kondisi atau kejadian yang berhubungan dengan keadaan sekeliling individu yang dapat memicu terjadinya stres. Hal tersebut dapat berupa bencana alam (disaster syndrome), seperti gempa bumi, topan, badai dan kondisi cuaca (terlalu panas/dingin), kondisi lingkungan yang padat (*over crowded*), kemacetan, lingkungan kerja yang kotor, dan sebagainya. Gangguan yang

terdapat pada lingkungan biotik adalah gangguan yang berasal dari makhluk mikroskopik berupa virus atau bakteri. Misalnya, penderita alergi dapat menjadi stres bila lingkungan tempat tinggalnya menjadi pemicu munculnya alergi bila berada di dalamnya. Masalah yang dapat mempengaruhi lingkungan sosial seperti hubungan yang buruk dengan orangtua, bos, atau rekan kerja adalah hal – hal yang berhubungan dengan orang lain, yang apabila tidak berjalan dengan baik akan menjadi stressor bagi individu jika tidak dapat memperbaiki hubungannya.

2.4.4 Indikator dan Tanda Stres

Menurut Koziar (2010), indikator stres dapat dibagi kedalam indikator fisiologis dan psikologis.

- 1) Indikator fisiologis dari stres adalah objektif, lebih mudah diidentifikasi dan secara umum dapat diamati atau diukur. Namun demikian indikator ini tidak selalu teramati sepanjang waktu pada semua klien yang mengalami stres, dan dampak tersebut bervariasi menurut individunya. Tanda vital biasanya meningkat, dan klien mungkin tampak gelisah dan tidak mampu untuk beristirahat atau berkonsentrasi. Indikator dapat timbul sepanjang tahap stres. Durasi atau intensitas dari gejala secara langsung berkaitan dengan durasi dan intensitas stresor yang diserap. Dampak fisiologis timbul dari berbagai sistem. Oleh karenanya pengkajian tentang stres mencakup pengumpulan data dari semua system.

Adapun indikator stres secara fisiologis Potter & Perry (2005) dalam Hajriani (2013) adalah kenaikan tekanan darah, peningkatan ketegangan otot

di leher, bahu, punggung, peningkatan denyut nadi dan frekuensi pernafasan, telapak tangan berkeringat, tangan dan kaki dingin, postur tubuh yang tidak tegap, kelelahan, sakit kepala, gangguan lambung, suara yang bernada tinggi, mual, muntah, diare, perubahan nafsu makan serta berat badan, perubahan frekuensi berkemih, temuan hasil pemeriksaan laboratorium abnormal : peningkatan kadar hormon (adrenokortikotropik, kortisol, katekolamin dan hiperglikemia), gelisah, kesulitan untuk tidur atau sering terbangun saat tidur dan dilatasi pupil.

- 2) Indikator psikologis dikaji dengan mengamati perilaku dan emosi klien secara langsung atau tidak langsung. Oleh karena kepribadian individual mencakup hubungan yang kompleks di antara banyak faktor, maka reaksi terhadap stres yang berkepanjangan ditetapkan dengan memeriksa gaya hidup dan stressor yang terakhir, pengalaman terdahulu dengan stressor, mekanisme coping yang berhasil di masa lalu, fungsi peran, konsep diri, dan ketabahan yang merupakan kombinasi dari tiga karakteristik kepribadian yang diduga menjadi media terhadap stres. Ketiga karakteristik ini adalah rasa kontrol terhadap peristiwa kehidupan, komitmen terhadap aktivitas yang berhasil, dan antisipasi dari tantangan sebagai suatu kesempatan untuk pertumbuhan (Nasir & Muhith, 2011).

Indikator stres psikologis menurut Potter & Perry dalam Hajriani (2013) adalah ansietas dan depresi, kepenatan, peningkatan penggunaan bahan kimia, perubahan dalam kebiasaan makan, tidur, dan pola aktivitas, kelelahan mental, perasaan tidak adekuat, kehilangan harga diri, peningkatan

kepekaan, kehilangan motivasi, ledakan emosional serta menangis, penurunan produktivitas dan kualitas kinerja pekerjaan, kecenderungan untuk membuat kesalahan (misalnya, buruknya penilaian), mudah lupa dan pikiran buntu, kehilangan perhatian terhadap hal-hal yang rinci, preokupasi (mis. Mimpi siang hari atau “menjaga jarak”).

2.4.5 Tingkat Stres

Menurut Hidayat (2014) Klasifikasi stres dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu: stres ringan, sedang dan berat).

1) Stres Ringan

Pada tingkat stres ringan adalah stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang. Stres ringan umumnya dirasakan oleh setiap orang misalnya lupa, ketiduran, dikritik, dan kemacetan. Stres ringan sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi dapat membantu individu menjadi waspada. Situasi ini tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus.

2) Stres Sedang

Stres sedang terjadi lebih lama, dari beberapa jam hingga beberapa hari. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pada lambung dan usus misalnya maag, buang air besar tidak teratur, ketegangan pada otot, gangguan pola tidur, perubahan siklus menstruasi, daya konsentrasi dan daya ingat menurun. Contoh dari stresor yang menimbulkan stres sedang adalah kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan.

3) Stres Berat

Stres berat adalah stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun. Respon dari tingkat stres ini didapat gangguan pencernaan berat, debar jantung semakin meningkat, sesak napas, tremor, perasaan cemas dan takut meningkat, mudah bingung dan panik. Contoh dari stresor yang dapat menimbulkan stres berat adalah hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial, dan penyakit fisik yang lama.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tingkatan stress ada 3, yaitu : stres ringan, stress sedang, dan stres berat. Masing –masing tingkatan stress memiliki dampak tanda dan gejala fisiologis serta psikologis yang berbeda.

2.4.6 Pengukuran Tingkatan Stres

1) Skala DASS 42

Tingkatan stress ini diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* dari Lovibond & Lovibond (1995) dalam Utari (2017). *Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* terdiri 42 item pernyataan. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

DASS mempunyai tingkatan *discrimant validity* dan mempunyai nilai reliabilitas sebesar 0,91 yang diolah berdasarkan penilaian Cronbach's Alpha. Tingkatan stres pada instrumen ini berupa normal, ringan, sedang, parah, sangat parah. DASS terdiri dari 42 item dengan jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna : skor ≤ 14 (normal), skor 15 - 18 (ringan), skor 19 – 25 (sedang), skor 26 – 33 (parah), skor ≥ 34 (sangat parah).

Tabel 2.2 Aspek Penilaian Stress Menurut *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42) dari Lovibond & Lovibond (1995) dalam Utari (2017)

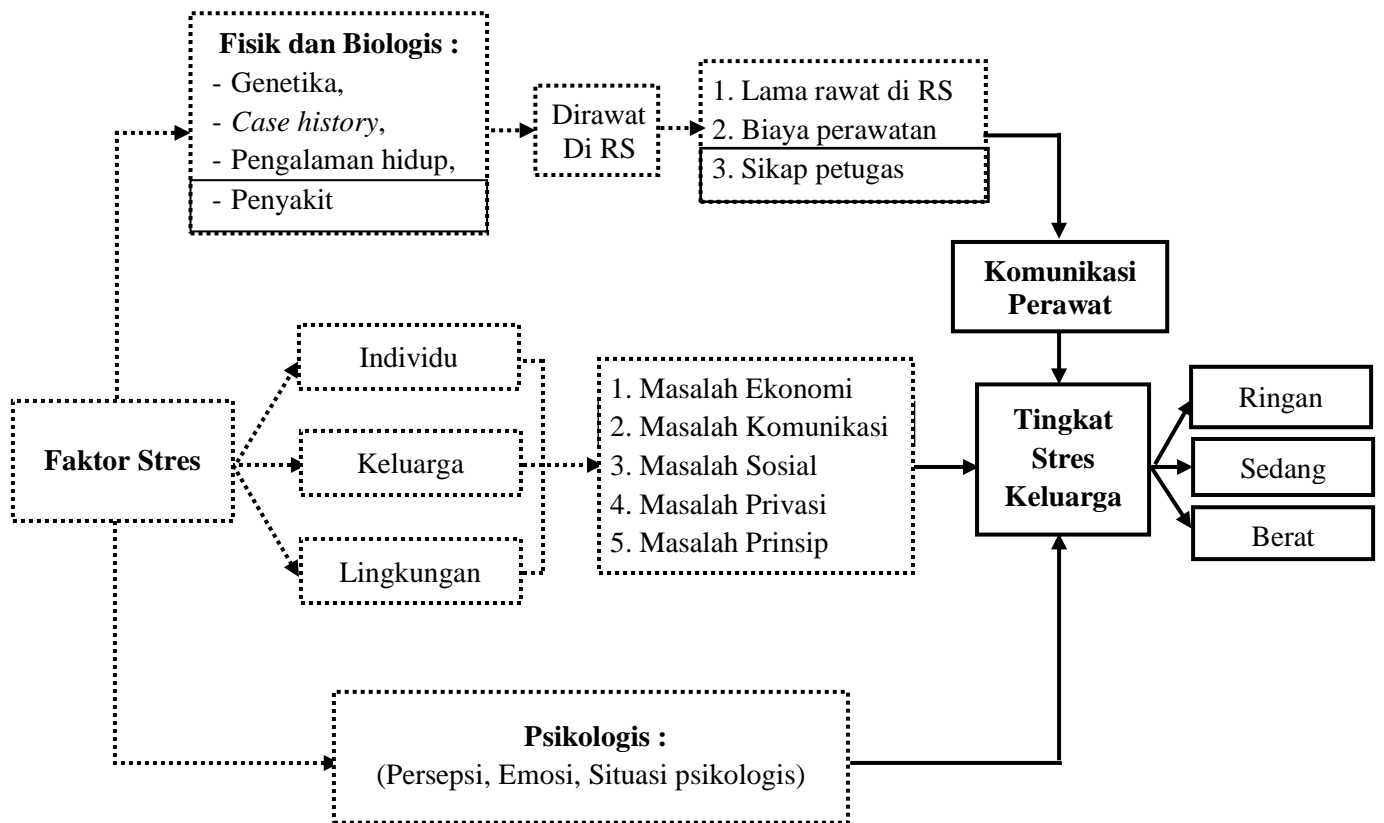
No	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1	Menjadi marah karena hal-hal kecil/sepele				
2	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
3	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
4	Mudah merasa kesal				
5	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
6	Tidak sabaran				
7	Mudah tersinggung				
8	Sulit untuk beristirahat				
9	Mudah marah				
10	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
11	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
12	Berada pada keadaan tegang				
13	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang Anda lakukan				
14	Mudah gelisah				

Penilaian Tingkat stress diukur menggunakan skala DASS 42 (*Depression Anxiety Stress Scale 42*) dari Lovibond & Lovibond (1995) untuk status stres terdiri dari 14 item pertanyaan dengan skor pada setiap pertanyaan 0 (tidak pernah), 1 (kadang-kadang), 2 (sering) dan 4 (selalu). Jumlah skor tertinggi adalah 42 dengan indikator penilaian :

Tingkat	Kode	Skor
Normal	N	≤ 14
Ringan	R	15 – 18
Sedang	S	19 – 25
Parah	P	26 – 33
Sangat Parah	SP	≥ 34

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti) yang membantu penelitian dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2013).



Keterangan :

Tidak Diteliti :

Diteliti :

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Tingkatan stres terbagi menjadi tiga bagian, stres ringan, stres sedang dan stres berat. Stres merupakan suatu reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang disebabkan oleh berbagai tuntutan yang menyebabkan respon negatif atau berlawanan dengan apa yang di inginkan. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan stres adalah faktor fisik dan biologis meliputi : genetika, *case history*, pengalaman hidup, dan penyakit yang sedang dialami yang dapat menyebabkan meningkatnya

tingkat stress, ada juga faktor psikologis meliputi : persepsi, emosi, situasi psikologis, faktor lingkungan juga dapat menyebabkan munculnya stres. Dari faktor fisik dan biologis penyakit merupakan faktor yang paling sering menyebabkan stres pada seseorang, dimana saat seseorang sakit dan mengakibatkan dirawat di rumah sakit akan menimbulkan beberapa kondisi yang menimbulkan meningkatnya tingkat stres seperti lama hari rawat dirumah sakit, biaya perawatan dan sikap petugas yang ada dirumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga. Contohnya informasi, apabila informasi yang diberikan petugas kepada pasien maupun keluarga pasien kurang jelas dan kurang diterima oleh pasien dan keluarga maka akan menyebabkan ketidaksesuaian informasi yang diterima, dan apabila itu terjadi akan meningkatkan tingkat stres pada keluarga. Selain faktor-faktor tersebut stres keluarga juga dapat dipengaruhi oleh beberapa masalah, seperti masalah ekonomi, masalah komunikasi, masalah sosial, masalah privasi, dan masalah prinsip, dimana semua masalah-masalah tersebut adalah masalah yang sering terjadi pada individu, keluarga dan lingkungan.

2.6 Hipotesa Penelitian

Hipotesis dalam suatu penelitian merupakan jawaban dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2013). Berdasarkan konsep dapat dirumuskan hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H₁ diterima = Ada hubungan antara hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara untuk memperoleh kebenaran atau ilmu pengetahuan atau pemecahan masalah yang pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2010). Pada bab ini akan disajikan tentang: 1) Desain Penelitian, 2) Waktu dan Tempat Penelitian, 3) Kerangka Kerja, 4) Populasi, Sampel dan Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan Data dan Analisa Data dan 8) Etika Penelitian.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian pada hakekatnya merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2013).

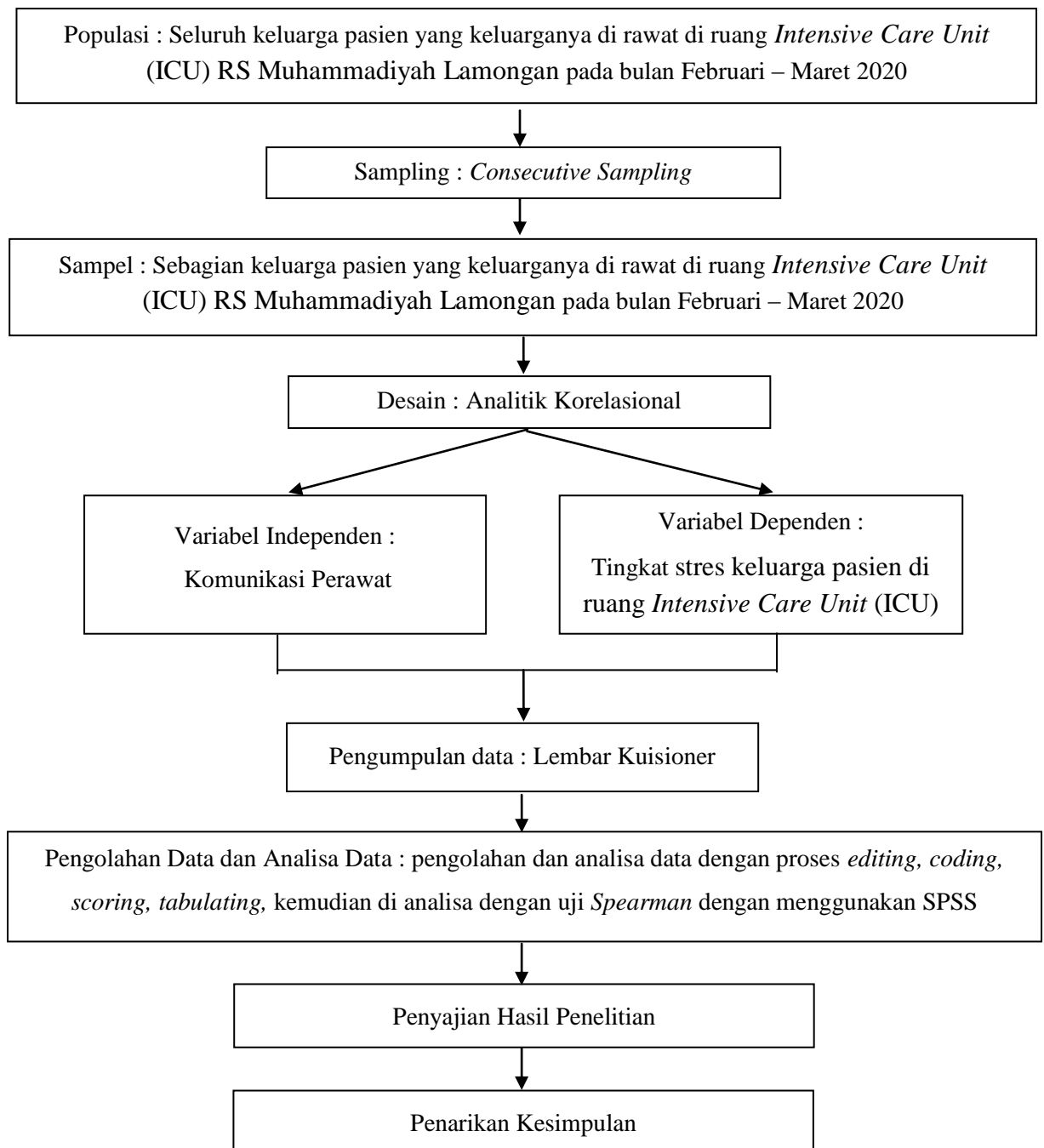
Desain penelitian dalam penelitian ini adalah menggunakan korelasi analitik dengan pendekatannya *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Oktober 2019 sampai Mei 2020 dan dilakukan pengambilan data dilakukan pada bulan Februari – Maret 2020 di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

3.3 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja adalah pertahapan atau langkah-langkah dalam aktivitas ilmiah, mulai dari penerapan populasi, sampel dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal penelitian akan dilakukan (Nursalam, 2013). Kerangka kerja merupakan bagan kerja rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka kerja meliputi populasi, sampel dan teknik sampling penelitian, teknis pengumpulan data dan analisis data (Hidayat, 2010). Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:.



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

3.4 Populasi, Sampel dan Sampling

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi atau disebut dengan istilah *universe* adalah sekelompok individu atau obyek yang memiliki karakteristik yang sama, yang mungkin diselidiki/diamati (Imron & Munif, 2010).

Seluruh keluarga pasien yang keluarganya di rawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan pada bulan Februari – Maret 2020.

3.4.2 Sampel Penelitian

Menurut Nursalam (2013), sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling.

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian keluarga pasien yang keluarganya di rawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan pada bulan Februari – Maret 2020.

Menurut Nursalam (2013) kriteria sampel dibagi menjadi dua bagian yaitu:

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- (1) Keluarga pasien yang sedang menunggu keluarganya yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.
- (2) Keluarga pasien yang bersedia menjadi responden dan menandatangani *infomed consent*.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian, seperti adanya hambatan etis, menolak menjadi responden (Hidayat, 2010).

Pada penelitian ini kriteria eksklusi yaitu :

- (1) Keluarga bukan keluarga inti pasien
- (2) Keluarga tidak satu rumah dengan pasien

3.4.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat A. A., 2010).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. Pada *consecutive sampling*, semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi. *Consecutive sampling* ini merupakan jenis *non-probability sampling* yang paling baik, dan sering merupakan cara termudah. Sebagian besar penelitian klinis (termasuk uji klinis) menggunakan teknik ini untuk pemilihan subjeknya (Sastroasmoro, 2011). Dengan menggunakan teknik tersebut, maka populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dilakukan penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sebagai sampel penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.5 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap suatu benda (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu :

3.5.1 Variabel *Independent* (Bebas)

Variabel *independent* adalah suatu stimulus aktivitas yang dimanipulasi oleh penelitian untuk menciptakan suatu dampak pada variabel *dependent* (Nursalam, 2013). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah komunikasi perawat.

3.5.2 Variabel *Dependent* (Tergantung)

Variabel *dependent* adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

3.6 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel merupakan variabel yang telah didefinisikan perlu dijelaskan secara operasional, sebab setiap istilah (variabel) dapat diartikan secara berbeda-beda oleh orang yang berlainan. Penelitian adalah proses komunikasi dan memerlukan akurasi bahasa agar tidak menimbulkan perbedaan pengertian antar orang dan orang lain dapat mengulangi penelitian tersebut. Jadi definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi. Definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2013).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala Data	Skor
Variabel <i>Independent:</i> Komunikasi Perawat	komunikasi yang dilakukan untuk memberikan informasi, dan terapi kepada pasien maupun keluarga dalam pelayanan asuhan keperawatan	1) Memberi salam dengan tersenyum 2) Memperkenalkan diri perawat 3) Menanyakan nama pasien/keluarga 4) Melakukan kontrak waktu 5) Memulai percakapan awal 6) Menyepakati masalah 7) Mengakhiri pertemuan	Kuisisioner	Ordinal	Kategori : - Baik (76 - 100%) - Cukup Baik (56 - 75%) - Kurang Baik (41- 55%) - Tidak Baik ($\leq 40\%$) (Arikunto, 2011)
Variabel <i>Dependent:</i> tingkat stres keluarga pasien di ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	Perasaan cemas berlebih yang dirasakan oleh keluarga saat menunggu di rumah sakit yang berdampak pada perubahan psikologis	1) Mudah marah 2) Sulit beristirahat 3) Sakit kepala 4) Sakit perut 5) Tidak berenergi 6) Tidak bisa fokus 7) Merasa khawatir secara terus menerus 8) Tidak nafsu makan 9) Selalu berfikiran negatif	Kuisisioner	Ordinal	Kategori : - Normal Skor ≤ 14 - Ringan Skor 15 - 18 - Sedang Skor 19 - 25 - Parah Skor 26 - 33 - Sangat Parah Skor ≥ 34 Lovibond & Lovibond, (1995) dalam Utari (2017)

3.7 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dimulai dengan mengurus surat perijinan survey awal dari Dosen Pembimbing dan Rektor Universitas Muhammadiyah Lamongan, kemudian surat dikirim kepada direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan untuk mendapatkan surat balasan dan melakukan survey awal penelitian. Survey awal dilakukan peneliti pada tanggal 21 September 2019, Peneliti kemudian memulai penelitian dengan mengambil responden keluarga pasien yang sedang menunggu keluarganya yang di rawat di *Intensive Care Unit* (ICU) dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi dan kemudian meminta persetujuan pada calon responden untuk menandatangani lembar persetujuan (*Informed Consent*). Setelah mendapat persetujuan, kemudian dilakukan proses pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan kuisisioner kepada responden dengan sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta cara pengisian kuisisioner yang dibagikan yang terdiri dari data demografi, lembar kuisisioner komunikasi perawat dan lembar kuisisioner stres. Pada saat pengisian kuisisioner peneliti tidak meninggalkan responden dengan alasan keaslian data yang diisi, data hasil penelitian kemudian dikelompokkan oleh peneliti dan diberikan kode pada setiap

lembar kuesioner dan ditabulasi. Prosedur penelitian ini akan dilakukan mulai tanggal 10 Januari sampai 10 Februari 2020.

3.7.2 Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrument penelitian ini dapat berupa: kuesioner, formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner yang didalamnya terdapat data demografi, dan terdapat 42 item penilaian untuk mengkaji stres menggunakan skala *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 42), dan 25 item penilaian komunikasi perawat menggunakan skala penilaian Mandala 2002.

3.7.3 Analisa Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian yang menjawab pertanyaan-pertanyaan yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2013).

Data yang sudah terkumpul diolah dan diidentifikasi, kemudian analisa data dimasukkan untuk mengetahui apakah ada pengaruh variabel *independent* komunikasi perawat terhadap variabel *dependent* tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Adapun langkah-langkah analisa data meliputi:

1) *Editing*

Editing merupakan upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau yang dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Hidayat, 2010). Dalam penelitian

ini data yang diperoleh akan diteliti kembali dengan maksud untuk mengetahui kelengkapan data yang diperoleh dari responden.

2) *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numerik* terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori (Hidayat A. A., 2010). Jawaban dari responden dikategorikan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Langkah ini dilakukan dengan memberi kode pada variabel untuk memudahkan analisa data.

(1) Jenis kelamin

Jika laki-laki diberi kode 1, dan perempuan diberikan kode 2

(2) Umur

Umur 20-30 tahun diberikan kode 1, 31-40 tahun diberikan kode 2, 41-50 tahun diberikan kode 3 dan 51-60 tahun diberikan kode 4

(3) Pendidikan

Tingkat pendidikan SD diberikan kode 1, SMP diberikan kode 2, SMA diberikan kode 3, Sarjana/diploma diberikan kode 4 dan Tidak bekerja diberikan kode 5

(4) Status Perkawinan

Jika sudah kawin diberikan kode 1 dan belum kawin diberikan kode 2

(5) Pekerjaan

Status pekerjaan swasta diberikan kode 1, wiraswasta diberikan kode 2, PNS diberikan kode 3, petani diberikan kode 4 dan tidak bekerja diberikan kode 5.

(6) Status Hubungan Keluarga

Hubungan status keluarga ayah diberikan kode 1, ibu diberikan kode 2, anak diberikan kode 3 dan paman/bibi diberikan kode 4

(7) Faktor Penyebab

Untuk penyakit diberikan kode 1, lingkungan dan aturan rumah sakit diberikan kode 2, lama rawa dan biaya perawatan diberikan kode 3 dan sikap petugas diberikan kode 4

3) *Scoring*

Scoring merupakan menentukan skor atau nilai terhadap hasil pengamatan yang diperoleh. Hasil presentase kemudian diinterpretasikan dengan modifikasi kesimpulan menurut kriteria (Arikunto, 2011).

Teknik pemberian skor pada ceklist menggunakan skala ordinal dimana untuk perlakuan pada variabel dependen “tingkat stres keluarga pasien“ alat ukur yang digunakan adalah lembar kuisisioner dengan skor Normal (≤ 14), Ringan (15-18), Sedang (19-25), Parah (26-33) dan Sangat Parah (≥ 34). Sementara untuk variabel independen komunikasi perawat menggunakan skala ordinal skor Baik (76-100%), Cukup Baik (51-75%), Kurang Baik (26-50%), dan Tidak Baik ($\leq 25\%$).

4) *Tabulating*

Tabulating merupakan proses penyusunan data dalam bentuk tabel. Pada data telah dianggap sebagai proses sehingga dalam suatu pola formal yang telah direncanakan (Nursalam, 2013).

Kemudian data yang sudah dikelompokkan dan dipresentasikan, dimasukkan ke dalam tabel distribusi frekuensi kemudian dianalisa sebagai berikut (Arikunto, 2011):

- (1) 100% : seluruh atau sama
- (2) 76-69% : hampir sama
- (3) 51-75% : sebagian besar
- (4) 50% : sebagian
- (5) 26-49% : hampir sebagian
- (6) 1-25 % : sebagian kecil
- (7) 0% : tidak satupun

5) Uji Statistik

Pada penelitian ini uji yang digunakan uji *Spearman Rank* (r_s), untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dan variabel dependen, dengan rumus :

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan

r_s = nilai korelasi Spearman Rank

d^2 = selisih setiap pasangan Rank

n = jumlah pasangan Rank untuk Spearman ($5 < n < 30$)

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Rektor Universitas Muhammadiyah Lamongan

dan permohonan izin kepada pihak yang terkait. Dalam melakukan penelitian terhadap responden, peneliti memperhatikan “*the six right of human subjects in research*” (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015). Enam hak tersebut adalah :

3.8.1 *Respect for Autonomy*

Partisipan memiliki hak untuk membuat keputusan secara sadar untuk menerima atau menolak menjadi partisipan. Peneliti menjelaskan kepada partisipan tentang proses penelitian yang meliputi wawancara mendalam dengan direkam menggunakan *voice recorder*, selanjutnya partisipan diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau menolak berpartisipasi dalam penelitian (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Pada penelitian ini peneliti secara verbal mengajak calon responden untuk menjadi responden dalam penelitian, jika calon responden bersedia maka peneliti akan memberikan lembar *inform consent* sebagai tanda kesepakatan antara peneliti dan responden, dan jika calon responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghargai keputusan calon responden.

3.8.2 *Beneficence dan Nonmaleficence*

Penelitian ini tidak membahayakan partisipan dan peneliti telah berusaha melindungi partisipan dari bahaya ketidaknyamanan (*protection from discomfort*). Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, penggunaan alat perekam, dan penggunaan data penelitian. Selama proses wawancara berlangsung peneliti memperhatikan beberapa hal yang dapat merugikan partisipan antara lain status hemodinamik, kenyamanan, dan perubahan perasaan (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Disini peneliti akan memberikan kenyamanan pada responden dan tidak menanyakan pertanyaan yang menyimpang dari subyek penelitian serta peneliti tidak menanyakan hal-hal yang bersifat *privacy* atau rahasia.

3.8.3 *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan partisipan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Setelah adanya *Informed Consent* dari partisipan atau informan, artinya partisipan sudah mempunyai keterikatan dengan peneliti atau pewawancara berupa kewajiban sebagai responden untuk memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Peneliti meminta izin kepada setiap subyek yang akan diteliti. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda persetujuan antara peneliti dan responden, jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

3.8.4 *Anonymity dan Confidentialy*

Peneliti menjelaskan kepada partisipan bahwa identitasnya terjamin kerahasiaannya dengan menggunakan pengkodean sebagai pengganti identitas dari partisipan. Selain itu peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupalembiar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses penelitian sehingga partisipan tidak perlu takut data yang bersifat rahasia dan pribadi diketahui orang lain (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Dalam penelitian peneliti akan menjamin kerahasiaan data yang diberikan responden dan responden tidak perlu takut data yang diberikan akan diketahui orang lain, hasil data yang diberikan hanya akan diberikan kode sesuai keperluan penelitian.

3.8.5 *Privacy* atau *Dignity*

Partisipan memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka serta untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka dibagi dengan orang lain. Peneliti hanya melakukan wawancara pada waktu yang telah disepakati dengan partisipan (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Pada saat proses pengambilan data dengan memberikan lembar kuisioner peneliti akan menanyakan kesanggupan responden untuk dimintai data, dan jika responden menolak atau meminta waktu yang lain maka peneliti akan menghargai dan mengatur waktu yang lain sesuai kesepakatan dengan responden.

3.8.6 *Justice*

Peneliti memberikan kesempatan yang sama bagi partisipan yang memenuhi kriteria untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Selain itu, peneliti memberikan kesempatan yang sama dengan partisipan untuk mengungkapkan perasaannya baik sedih maupun senang dan mengungkapkan seluruh pengalamannya kepada peneliti (Polit & Beck dalam Kurniawan, 2015).

Dalam hal ini peneliti akan dengan senang hati mendengarkan keluhan kesah responden tentang apa-apa yang dikeluhkan dan pengalaman yang pernah dirasakan.

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menyajikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data tentang Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan. Jumlah responden yang diteliti sebanyak 30 responden. Penyajian data dibagi menjadi dua bagian yaitu data umum dan data khusus. Data umum responden meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, hubungan keluarga dan faktor penyebab. Sedangkan data khusus disajikan berdasarkan variabel yang di ukur yaitu tingkat stres keluarga dan komunikasi perawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Data Umum

1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan. Ruang ICU RS Muhammadiyah Lamongan berada di lantai 2 gedung baru bersebelahan dengan gedung lama yang menghadap jalan raya Gresik Lamongan. Ruang ICU RS Muhammadiyah Lamongan memiliki peralatan yang cukup lengkap dan sering menjadi rujukan dari beberapa Klinik maupun RS yang berada di Kabupaten Lamongan maupun di luar Kabupaten Lamongan, seperti Bojonegoro, Tuban, Gresik, Jombang, Mojokerto bahkan sampai Kabupaten Blora Jawa Tengah.

2) Karakteristik Keluarga Pasien

(1) Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen (%)
1.	Laki-Laki	11	36,7
2.	Perempuan	19	63,3
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 19 orang (63,3%) dan hampir sebagian yaitu 11 orang (36,7%) berjenis kelamin laki-laki.

(2) Umur

Tabel 4.2 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Umur Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Umur	Frekuensi	Persen (%)
1.	20-30 tahun	3	10,0
2.	31-40 tahun	12	40,0
3.	41-50 tahun	14	46,7
4.	51-60 tahun	1	3,3
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, hampir sebagian yaitu 14 orang (46,7%) berusia 41-50 tahun, dan sebagian kecil yaitu 1 orang (3,3%) berusia 51-60 tahun.

(3) Pendidikan

Tabel 4.3 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Pendidikan Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
1.	SD	0	0,0
2.	SMP	6	20,0
3.	SMA	10	33,3
4.	Sarjana/Diploma	14	46,7
5.	Tidak Sekolah	0	0,0
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, hampir sebagian yaitu 14 orang (46,7%) memiliki tingkat pendidikan sarjana/diploma, dan tidak satupun dari keluarga pasien yang tidak sekolah dan berpendidikan SD.

(4) Perkawinan

Tabel 4.4 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Status Perkawinan Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Perkawinan	Frekuensi	Persen (%)
1.	Sudah	30	100,0
2.	Belum	0	0,0
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, seluruhnya yaitu 30 orang (100%) sudah berstatus menikah/kawin.

(5) Pekerjaan

Tabel 4.5 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Status Pekerjaan Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persen (%)
1.	Swasta	18	60,0
2.	Wiraswasta	5	16,7
3.	PNS	0	0,0
4.	Petani	6	20,0
5.	Tidak Bekerja	1	3,3
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, sebagian besar 18 orang (60%) bekerja swasta, dan tidak satupun yang bekerja sebagai PNS.

(6) Status Hubungan Keluarga

Tabel 4.6 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Hubungan Keluarga Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Hubungan	Frekuensi	Persen (%)
1.	Ayah/Ibu	8	26,7
2.	Suami/Istri	10	33,3
3.	Anak	12	40,0
4.	Adik/Kakak	0	0,0
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, hampir sebagian yaitu 12 orang (40%) adalah anak, dan tidak satupun yang berstatus hubungan adik/kakak.

(7) Faktor Penyebab

Tabel 4.7 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Faktor Penyebab Stres Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan 2020.

No.	Penyebab	Frekuensi	Persen (%)
1.	Penyakit	7	23,3
2.	Lingkungan RS dan Aturan RS	7	23,3
3.	Lama Hari Perawatan dengan Biaya	1	3,3
4.	Sikap Petugas di RS	15	50,0
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dijelaskan bahwa dari 30 keluarga pasien, sebagian yaitu 15 orang (50%) penyebab stres adalah sikap petugas di RS, dan sebagian kecil yaitu 1 orang (3,3%) penyebab stres adalah lama hari dengan biaya perawatan.

4.1.2 Data Khusus

1) Komunikasi Perawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Tabel 4.8 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Komunikasi Perawat Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020.

No.	Komunikasi Perawat	Frekuensi	Persen (%)
1.	Tidak Baik	13	43,3
2.	Kurang Baik	4	13,3
3.	Cukup Baik	10	33,3
4.	Baik	3	10,0
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.8 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat tidak baik yaitu 13 orang (43,3%) dan sebagian kecil keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat baik yaitu 3 orang (10,0%).

2) Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Tabel 4.9 Identifikasi Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Tingkat Stres Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020.

No.	Komunikasi Perawat	Frekuensi	Persen (%)
1.	Parah	1	3.3
2.	Sedang	17	56.7
3.	Ringan	10	33.3
4.	Normal	2	6.7
TOTAL		30	100,0

Berdasarkan tabel 4.9 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien dalam tingkat stres sedang yaitu 17 orang (56,7%) dan sebagian kecil keluarga pasien dalam tingkat stres parah yaitu 1 orang (3,3%).

3) Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Tabel 4.10 Hasil Analisis Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan Tahun 2020.

Komunikasi Perawat	Tingkat Stres Keluarga Pasien								Total	
	Parah		Sedang		Ringan		Normal			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tidak Baik	1	3,3	12	40,0	0	0,0	0	0,0	13	43,3
Kurang Baik	0	0,0	4	13,3	0	0,0	0	0,0	4	13,3
Cukup Baik	0	0,0	1	3,3	9	30,0	0	0,0	10	33,3
Baik	0	0,0	0	0,0	1	3,3	2	6,7	3	10,0
Total	1	3,3	17	56,7	10	33,3	2	6,7	30	100,0
Koefisien Korelasi (r) = 0,878										
Signifikasi (p) = 0,000										

Berdasarkan tabel 4.10 di atas hasil analisa uji *correlation spearman* menggunakan *software* SPSS (versi 22.0) menunjukkan hasil *sig* (2-tailed 0,000), hal ini berarti antara variabel komunikasi perawat dan variabel tingkat stres memiliki hubungan yang signifikan. Koefisien korelasi sebesar 0,878 yang berarti bahwa hubungan antara dua variabel sangat kuat. Dengan demikian H_1 diterima sehingga ada hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Komunikasi Perawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Pada tabel 4.8 dari 30 orang keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan, hampir sebagian keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat tidak baik yaitu 13 orang (43,3%) dan sebagian kecil keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat baik yaitu 3 orang (10,0%).

Komunikasi perawat merupakan penyampaian pesan oleh perawat kepada pasien dan keluarga tentang kondisi terkini pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Kebutuhan informasi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tingkat stres keluarga pasien di ICU, salah satu bentuk pemberian informasi adalah melalui komunikasi terapeutik perawat. Komunikasi terapeutik perawat memberikan gambaran yang jelas kepada keluarga terkait kondisi pasien yang sedang dirawat, mengenai tanda dan gejala yang ditampilkan serta keluhan yang dirasakan. Komunikasi terapeutik perawat terjadi apabila didahului hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien atau keluarga pasien. Loihala (2016) menyebutkan penyampaian komunikasi perawat yang berhasil dan mengalami tingkat stres berat adalah sebanyak 7 keluarga pasien sedangkan komunikasi yang tidak berhasil menyebabkan 11 keluarga pasien mengalami stres berat. Tambunan (2017) juga menyebutkan komunikasi terapeutik perawat yang berhasil juga akan menyebabkan tingkat kepercayaan keluarga pasien yang tinggi.

Bailey (2010) mengungkapkan pendapat yang berbeda yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasi dengan tingkat stres keluarga, hanya saja pemberian informasi akan meningkatkan kepuasan dengan keperawatan pada keluarga.

Menurut peneliti komunikasi merupakan elemen penting dalam proses interaksi antara perawat dengan pasien dan keluarga. Ketika berinteraksi dengan pasien maupun keluarga komunikasi yang baik sangat diperlukan, baik itu aspek komunikasi verbal misalnya kejelasan, kecepatan bicara, waktu dan relevansi dan lainnya, juga aspek komunikasi non verbal misalnya penampilan personal, vokalik, ekspresi wajah, dan lainnya, semua itu perlu diperhatikan agar pasien atau keluarga bisa merasa puas ketika mendapatkan pelayanan keperawatan yang diberikan. Pemberian informasi bukan hanya sekedar gugur kewajiban karena sudah menyampaikan pesan, akan tetapi juga memperhatikan unsur kepehaman lawan bicara, yang dalam hal ini pasien dan keluarga, agar tidak terjadi miskomunikasi karena pesan yang disampaikan menggunakan bahasa medis yang tidak mudah dipahami yang akan menambah masalah pada pasien maupun keluarga, seperti tingkat stres yang semakin meningkat karena pesan yang disampaikan kurang jelas.

Hal ini sejalan dengan konsep yang dikemukakan Priyono (2015) bahwa komunikasi terapeutik yang tidak maksimal oleh perawat dapat membuat keluarga semakin stres dan tidak tenang sehubungan dengan terbatasnya informasi yang didapat tentang perawatan pasien. Perawat terkadang hanya berfokus pada kondisi individu pasien dalam melakukan tindakan sehingga mengabaikan rasa stres dan

cemas keluarganya. Padahal, dengan berkomunikasi terapeutik yang baik antara perawat dengan keluarga pasien maka dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya keluarga kepada perawat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien.

4.2.2 Tingat Stres Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien dalam tingkat stres sedang yaitu 17 orang (56,7%) dan sebagian kecil keluarga pasien dalam tingkat stres parah yaitu 1 orang (3,3%). Berdasarkan tabel 4.9 dapat dijelaskan bahwa keluarga pasien yang sedang menunggu keluarganya di ruang ICU dalam keadaan stres sedang dan berat, yang artinya tidak ada keluarga pasien yang tenang dengan kondisi keluarga yang mendapatkan perawatan secara intensive di ruang ICU.

Keluarga pasien yang anggota keluarganya dalam keadaan kritis, mengalami tingkat stres yang tinggi. Jika keluarga mengalami stres maka keluarga sebagai sumber daya untuk perawatan pasien tidak berfungsi dengan baik. Selain itu stres yang dirasakan keluarga dapat dikomunikasikan atau ditransfer kepada pasien sehingga berakibat memperparah penyakit dan penghambat proses penyembuhan pasien. Menurut penelitian (Stuart & Sunden, 2008), model perawatan dipusatkan kepada keluarga (*family centered model*) adalah konsep yang memperlakukan pasien dan keluarga sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Suatu pendekatan holistik dalam perawatan kritis mensyaratkan agar keluarga dimasukkan dalam rencana keperawatan. Dalam hal ini perawat harus

memperhatikan kebutuhan keluarga, yang menurut (Hawari, 2013), terdiri dari jaminan mendapatkan pelayanan yang baik, kedekatan keluarga dengan pasien, memperoleh informasi, kenyamanan saat menunggu, dan dukungan dari lingkungan.

Pada tabel 4.7 dari 30 keluarga pasien yang sedang menunggu keluarganya yang dirawat di ruang ICU, sebagian yaitu 15 orang (50%) mengatakan stres yang dirasakan disebabkan oleh sikap perawat yang ada di ruang ICU, dan sebagian kecil yaitu 1 orang (3,3%) mengatakan stres yang dirasakan karena lama hari perawatan di ICU dengan biaya perawatan yang harus dibayar.

Sikap perawat dalam memberikan informasi kepada keluarga pasien harus jelas, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, serta mampu menjawab semua pertanyaan keluarga tentang kondisi teraktual pasien sehingga dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya keluarga kepada perawat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien.

Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan Auerbach (2009), kebutuhan terbesar keluarga pasien ICU adalah informasi tentang status keluarga mereka, peralatan yang digunakan serta tindakan yang sudah dan akan dilakukan. Untuk meningkatkan kebutuhan tertinggi keluarga pasien ICU, perawat ICU harus menunjukkan keprihatinan dan menjadi dekat dengan anggota keluarga, menjadi advokat untuk peningkatan jam mengunjungi dan memberikan laporan kemajuan setiap hari kepada keluarga.

4.2.3 Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Pada tabel 4.10 hasil analisa uji *correlation spearman* menggunakan *software* SPSS (versi 22.0) menunjukkan hasil *sig* (2-tailed 0,000), hal ini berarti antara variabel komunikasi perawat dan variabel tingkat stres memiliki hubungan yang signifikan. Koefisien korelasi sebesar 0,878 yang berarti bahwa hubungan antara dua variabel sangat kuat. Dengan demikian H_1 diterima sehingga ada hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

Pada tabel 4.8 dari 30 orang keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan, hampir sebagian keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat tidak baik yaitu 13 orang (43,3%) dan sebagian kecil keluarga pasien yang mempersepsikan komunikasi perawat baik yaitu 3 orang (10,0%), artinya komunikasi perawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Lamongan masih jauh dari kategori baik menurut hasil kuisioner komunikasi Mandala (2002).

Sikap perawat dalam memberikan informasi kepada keluarga pasien harus jelas, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, serta mampu menjawab semua pertanyaan keluarga tentang kondisi teraktual pasien sehingga dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya keluarga kepada perawat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien. Jika komunikasi yang dilakukan perawat tidak dapat menimbulkan rasa aman, nyaman dan rasa percaya keluarga, maka tingkat stres keluarga terhadap kondisi

keluarganya yang dirawat akan semakin tinggi. Keluarga akan berfikir tentang kondisi pasien yang semakin memburuk, tindakan apa saja yang sudah dilakukan perawat untuk menangani masalah kritis yang dihadapi pasien, sampai ancaman kematian terhadap keluarga yang dirawat menjadi masalah serius yang hanya bisa ditenangkan oleh perawat dengan memberikan informasi continue kondisi pasien.

Auerbach (2009) mengatakan kebutuhan terbesar keluarga pasien ICU adalah informasi tentang status keluarga mereka, peralatan yang digunakan serta tindakan yang sudah dan akan dilakukan. Untuk meningkatkan kebutuhan tertinggi keluarga pasien ICU, perawat ICU harus menunjukkan keprihatinan dan menjadi dekat dengan anggota keluarga, menjadi advokat untuk peningkatan jam mengunjungi dan memberikan laporan kemajuan setiap hari kepada keluarga.

Pemberian informasi bukan hanya sekedar gugur kewajiban karena sudah menyampaikan pesan, akan tetapi juga memperhatikan unsur kephahaman lawan bicara, yaitu pasien dan keluarga, karena pesan yang disampaikan menggunakan bahasa yang sulit untuk dipahami akan mempengaruhi tingkat stres pada keluarga karena informasi atau pesan yang diterima tidak bisa ditangkap secara sempurna.

BAB 5

PENUTUP

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian pada bulan Februari – Maret 2020 dengan judul Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan hasil penelitian tentang hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan. Maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- 5.1.1 Sebagian besar keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan dalam tingkat stres sedang.
- 5.1.2 Hampir sebagian keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan mempersepsikan komunikasi perawat tidak baik.
- 5.1.3 Ada hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS Muhammadiyah Lamongan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian di atas maka ada beberapa saran dari peneliti yakni sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Institusi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan ajar baru bagi para dosen dan pengajar untuk lebih meningkatkan serta menekankan kepada para mahasiswa agar selalu menggunakan komunikasi yang baik kepada pasien dan keluarga dalam melakukan asuhan keperawatan di Rumah Sakit.

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi baru untuk meningkatkan profesionalitas serta kredibilitas para perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terutama dalam hal komunikasi terapeutik untuk mengurangi tingkat stres pasien dan keluarga di Rumah Sakit.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berharap agar penelitian ini menjadi landasan awal bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang akan datang dengan tetap fokus kepada komunikasi terapeutik perawat tentunya dengan mencari variabel baru dan masalah baru untuk dijadikan kritik dan motivasi bagi perawat untuk lebih meningkatkan profesionalitas dan kredibilitas perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Aisah, S. (2015). *Komunikasi Dengan Empati. Komunikasi Dengan Empati, Informasi Dan Edukasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anas, T. (2014). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Arikunto. (2008). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Bailey, J.J., Melanie, S., Carmen,G.L., Johanne, B., & Lynne, M. (2010). *Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care*. Intensive and critical care nursing vol 26, 114-121.
- Damaiyanti & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI*. Jakarta: Riskesdes RI.
- Devi, C. (2014). Komunikasi Terapeutik, Perilaku dan Pengetahuan Perawat Terhadap Pasien di IGD RSUD Jati Husada Karanganyar. *Jurnal Keperawatan*, Vol. 4 No. 2 : 425-436.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan RI. (2011). *Standar Pelayanan Keperawatan di ICU Hal 3-6*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Duvall, E., & Miller, B. (2010). *Marriage and Family Development*. New York: Harper And Crow Publisher.
- Elvina, G. L. (2017). Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pada Pasien yang Dirawat Di Unit Perawatan Kritis Rumah Sakit UNISMA Malang. *Nursing News*, Volume 2 (2) : 286-298.
- Friedman, M. M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.

- Hajriani. (2013). *Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Kepuasan Pasien yang Dirawat Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Haji Makassar*. Makassar: FIK UIN Alauddin.
- HARS. (1998). *Aspek Penilaian HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. New York.
- Hidayat, A. A. (2010). *Metode Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, D. (2014). *Komunikasi Antarpribadi dan Medianya*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hilwa. (2012). Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Pelaksana Dengan Kepuasan Pasien Di Ruang Perawatan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Tahun 2012. *Jurnal Keperawatan*, Vol. 3 No. 2 : 104-121.
- Imron, & Munif. (2010). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Jevon, P., & Ewens, B. (2013). *Pemantuan Pasien Kritis. Edisi Kedua. Alih Bahasa: Vidhia Umami*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Kementrian Kesehatan RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1778/Menkes/SK/XII/2010, Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Kristiani, R. B. (2017). Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Intensive Care Unit (ICU) RS Adi Husada Kapasari Surabaya. *Adi Husada Nursing Journal*, 3 (2) : 71-75.
- Kurniawan, S. M. (2015). *Polit & Beck. (2010). Essential of Nursing Research : methods, appraisal, and utilization (Sixth Edition ed). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins*. Bandung: Rhineka Cipta.
- Lestari, S. (2012). *Psikologi Keluarga: penanaman nilai dan penanganan konflik dalam keluarga*. Jakarta: Kencana.

- Loihala, M. (2016). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Diraat Di Ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong*. Jurnal Kesehatan, Volume VII. Nomor 2. Agustus 2016, hlm 176-181
- Lovibond, & Lovibond. (1995). *Aspek Penilaian Stress Menurut Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)*. New York.
- Mandala, David Aleksander. (2002). *Analisa Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien*. Universitas Airlangga Surabaya.
- Mubarak, W. (2012). *Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasir, A., & Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, Patricia A; Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Priyoto. (2015). *Komunikasi dan Sikap Empati dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Puspita, R. D. (2015). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dewasa*. Jakarta: FK UMJ.
- Rab, T. (2014). *Agenda Gawat Darurat (Critical Care)*. Bandung: PT Alumni.
- RI, K. (2011). *Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor: HK.02.04/I/1966/11 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sastroasmoro, S. (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

- Schubert, M. S.-J. (2015). Perspective on cancer therapy –induced mucosal injury: Pathogenesis, measurement, epidemiology and consequences for patient. Supplement to Cancer American Cancer Society. *American Journal Nursing*, 100 (9) : 95-120.
- Simamora, H. (2013). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suryani. (2015). *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik, Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Tambunan FC, Mulyadi, & Kallo VD. (2017). *Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepercayaan keluarga pasien di ICU RSUD GMIM Kalooran Amarang*. *Ejournal Keperawatan*, 5(1), 5.
- Tiara, E. A. (2015). Peran Keluarga dalam Perawatan Pasien Kritis di Instalasi Rawat Intensif (IRI) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Universitas Gadjah Mada*, Volume 2 (2) : 189-201.
- Toha, A. (2014). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Jakarta: Salemba Medika.
- Utari. (2017). *Gambaran Tingkat Stres pada Keluarga Pasien Rawat Inap Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Dr. Soedirman Kebumen*. STIKES Muhammadiyah Gombong.
- Wahyuni, I. P. (2014). Perbedaan Stres Kerja AntaraPekerja Shift I dan Shift II Bagian Produksi di PT. Nusantara BuildingIndustries. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, Vol. 2 No. 2.
- Wasir. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Yosiana, E. M. (2012). *Gambaran Tingkat Stres pada Keluarga Klien Hospitalisasi Di Ruang Kelas Tiga Rumah Sakit Al Islam (RSAI) Bandung*. *Student e-Juournals - Jurnal Keperawatan*, 1-15.
- Zaky, A. S. (2015). *Cardiac Early Warning Scoring System*. Malang: FK UB.

Lampiran 1

JADWAL RENCANA KEGIATAN PENELITIAN
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

No	KEGIATAN	Okt '19				Nov '19				Des '19				Jan '20				Feb '20				Mar '20				Apr '20				Mei '20				Jun '20				Jul '20			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Identifikasi Masalah	■	■																																						
2.	Penyusunan Proposal			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
3.	Pengumpulan Proposal			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
4.	Ujian Proposal													■	■																										
5.	Perbaikan Proposal													■	■	■	■																								
6.	Pengurusan Ijin Penelitian													■	■	■	■																								
7.	Pengumpulan Data																					■	■	■	■	■	■	■	■												
8.	Analisa Data																																								
9.	Penyusunan Laporan																																								
10.	Uji Sidang Skripsi																																								
11.	Perbaikan dan Penggandaan																																								
12.	Pengumpulan Skripsi																																								

Lamongan, 23 Januari 2020


FORTUWINA LISCITRA
 NIM : 19.02.01.2726P

Lampiran 2



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI LITBANG PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
SK. Menteri RISTEK DIKTI RI Nomor 880/KPT/1/2018
LEMBAGA PENELITIAN & PENGABDIAN MASYARAKAT
Website : www.um.lamongan.ac.id - Email : um.lamongan@yahoo.co.id
Jl. Raya Plalangan - Plosowahyu KM 3, Telp./Fax. (0322) 322356 Lamongan 62251

Lamongan, 8 November 2019

Nomor : 401/III.AU/F/2019
Lamp. : -
Perihal : Permohonan ijin melakukan
survei awal

Kepada
Yth. **Direktur Rumah Sakit
Muhammadiyah Lamongan**

Di
TEMPAT

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Sehubungan dengan tugas akhir perkuliahan yakni penyusunan proposal penelitian prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan Tahun 2019 – 2020.

Bersama ini mohon dengan hormat, ijin untuk bisa melakukan survey awal di instansi yang bapak/ibu pimpin guna bahan penyusunan proposal, adapun mahasiswa tersebut adalah :

No.	NAMA	NIM	GAMBARAN MASALAH
1.	Fortuwina Liscitra	19.02.01.2726P	Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stress Keluarga Pasien di Ruang ICU

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan banyak terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.


Ketua LPPM
Universitas Muhammadiyah Lamongan

Abdul Rokhman, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIK. 19881020201211 056

Tembusan Disampaikan Kepada :


- Yth. 1. Sdr. **Fortuwina Liscitra**
2. Arsip.

Lampiran 3



RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Jl. Jaks Agung Suprpto no. 76 Lamongan 62215
☎ (0322) 322834, 08123082211, 081554700237 (Hunting) ☎ (0322) 314048
Inst. Gawat Darurat ☎ (0322) 311777, 082257622536
✉ sekretanat@rsmalamongan.com 🌐 www.rsmalamongan.com



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Lamongan, 25 Rabi'ul Awal 1441 H.
22 Nopember 2019M

Nomor : 2589/III.6.AU/F/2019
Prihal : **Balasan Penelitian An. Fortuwina L**

Kepada Yth
Universitas Muhammadiyah Lamongan
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu
LAMONGAN

السَّلَامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ

Menindaklanjuti surat Saudara :

Nomor : 401/III.AU/F/2019
Perihal : Permohonan Izin Penelitian An. Fortuwina Liscitra
Tertanggal : 08-Nov-19

Bersama ini diberitahukan bahwa kami tidak berkeberatan serta mengizinkan kepada nama dibawah ini :

Nama : Fortuwina Liscitra
NIM : 192.02.01.2726P
Judul : **Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stress Keluarga Pasien di Ruang ICU**
Mulai Penelitian : 22-Nov-19


Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mempublikasikan data hasil penelitian ke media massa dalam bentuk apapun tanpa seijin Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan
2. Merahasiakan hal – hal yang patut dirahasiakan dari hasil penelitian.
3. Menjaga Nama Baik Institusi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.
4. Membayar biaya sebagai berikut :

a. Biaya Administrasi	Rp. 40,300.00
b. Biaya Penelitian	Rp
c. Biaya Pengambilan Data	Rp. 500,000.00
d. Biaya Pembimbing	Rp.
5. **Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan berhak memiliki hasil akhir penelitian tersebut.**

Demikian surat pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.


نَصْرًا مِنَ اللَّهِ وَفَتْحٌ قَرِيبٌ
وَالسَّلَامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ





Dr. Hj. Umi Aliyah, M.Kes
N.I.K. 01950109

Tembusan

- 1 Kabag. SDI & Binroh, Diklat
- 2 Kabag. P2MRS, Kabid. Keperawatan, Ka. IPI



Surabaya - Gresik - Sekapuk - Lamongan - Babat - Tuban - Sreberjo - Bojonegara - Kalidu - Sidoarjo - Sepanjang - Mojokerto - Mojagung - Jombang - Ngajuk - Kota Kediri - Kab. Kediri - Kota Madani - Ponorogo - Tulungagung - Blitar - Kota Malang - Kota Probolinggo - Regalampi - Banyuwangi



Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Bapak/Ibu/Sadara(i) Calon Responden
Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU)
RS Muhammadiyah Lamongan

Sebagai syarat tugas akhir mahasiswa Universitas Muhammadiyah Lamongan, saya bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan”.

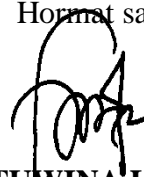
Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan komunikasi perawat dengan tingkat stres keluarga yang sedang menunggu keluarganya menjalani masa perawatan secara *intensive* di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

Sehubungan dengan hal tersebut saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kami akan menjamin kerahasiaan jawaban yang diberikan.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Lamongan, 23 Januari 2020

Hormat saya,



FORTUWINA LISCITRA

NIM : 19.02.01.2726P

Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT
STRES KELUARGA PASIEN**

Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan

Oleh :

FORTUWINA LISCITRA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya responden yang berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS Muhammadiyah Lamongan”.

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian, kerahasiaan identitas, dan informasi yang diberikan serta hak saya untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan saya dalam penelitian ini jika saya merasa tidak nyaman.

Tanda tangan dibawah ini merupakan tanda kesediaan saya sebagai responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan	:
Tanggal	:
No. Responden	:

Lampiran 6

LEMBAR KUISIONER
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT
STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

DATA DEMOGRAFI

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik-titik dan berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

Nomer Responden : (diisi oleh peneliti)

- | | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| 1. Jenis Kelamin | : | <input type="checkbox"/> 1. Laki-Laki | <input type="checkbox"/> 2. Perempuan |
| 2. Umur Responden | : | <input type="checkbox"/> 1. 20 - 30 tahun | <input type="checkbox"/> 3. 41 – 50 tahun |
| | | <input type="checkbox"/> 2. 31 - 40 tahun | <input type="checkbox"/> 4. 51 – 60 tahun |
| 3. Tingkat Pendidikan | : | <input type="checkbox"/> 1. SD | <input type="checkbox"/> 4. Sarjana/Diploma |
| | | <input type="checkbox"/> 2. SMP | <input type="checkbox"/> 5. Tidak Sekolah |
| | | <input type="checkbox"/> 3. SMA | |
| 4. Status Perkawinan | : | <input type="checkbox"/> 1. Sudah | <input type="checkbox"/> 2. Belum |
| 5. Pekerjaan | : | <input type="checkbox"/> 1. Swasta | <input type="checkbox"/> 4. Petani |
| | | <input type="checkbox"/> 2. Wiraswasta | <input type="checkbox"/> 5. Tidak Bekerja |
| | | <input type="checkbox"/> 3. PNS | |
| 6. Hubungan Keluarga | : | <input type="checkbox"/> 1. Ayah | <input type="checkbox"/> 3. Anak |
| | | <input type="checkbox"/> 2. Ibu | <input type="checkbox"/> 4. Adik/Kakak |
| 7. Faktor Penyebab | : | <input type="checkbox"/> 1. Penyakit | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. Lingkungan dan Aturan Rumah Sakit | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. Lamanya Hari Rawat dengan Biaya Perawatan | |
| | | <input type="checkbox"/> 4. Sikap Petugas Di Rumah Sakit | |

LEMBAR KUISIONER
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT
STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Kuisisioner *Depression Anxiety Stress Scales (DASS 42)*

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik-titik dan berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

Keterangan :

- 0 : Tidak ada atau tidak pernah
- 1 : Sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu, atau kadang-kadang
- 2 : Sering
- 3 : Sangat sesuai dengan yang dialami, atau hampir setiap saat.

No	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1	Menjadi marah karena hal-hal kecil/sepele				
2	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
3	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
4	Mudah merasa kesal				
5	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
6	Tidak sabaran				
7	Mudah tersinggung				
8	Sulit untuk beristirahat				

9	Mudah marah				
10	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
11	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
12	Berada pada keadaan tegang				
13	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang Anda lakukan				
14	Mudah gelisah				

LEMBAR KUISIONER
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT
STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Kuisisioner Komunikasi Perawat (Mandala, 2002)

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik-titik dan berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

Keterangan :

Tidak Pernah (TP)

Kadang-Kadang (KK)

Sering (SR)

Selalu (SL)

No	Aspek Penilaian	TP	KK	SR	SL
1	Perawat mengucapkan salam dan bersalaman pada anda				
2	Perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada anda				
3	Perawat menanyakan nama anda				
4	Perawat menjelaskan tanggung jawab dan perannya saat berkomunikasi dengan anda				
5	Perawat menjelaskan tanggung jawab dan peran anda sebagai keluarga pasien				
6	Perawat menanyakan topik pembicaraan yang merupakan kebutuhan utama anda saat ini untuk didiskusikan				

7	Perawat berdiskusi bersama dengan anda tentang rencana keperawatan yang akan diberikan kepada pasien				
8	Perawat melakukan tindak lanjut terhadap masalah perawatan yang ditemukan dan menjelaskan kepada anda sebagai keluarga pasien				
9	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis saat berkomunikasi dengan anda				
10	Perawat menggunakan bahasa yang sederhana digunakan saat berkomunikasi dengan anda				
11	Perawat menggunakan kata yang jelas saat berkomunikasi dengan anda				
12	Perawat menyampaikan pesan yang ringkas dan tidak tergesa-gesa saat berkomunikasi dengan anda				
13	Perawat pada saat wawancara atau komunikasi verbal dengan anda mempertahankan kontak mata yang wajar				
14	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap berhadapan dengan anda				
15	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat				
16	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang dikeluhkan				
17	Perawat menunjukkan dukungan emosional dan perhatiannya melalui sentuhan.				

18	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda memperlihatkan sikap empati/peduli				
19	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu lengan tidak dilipat atau mengepal				
20	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap sedikit miring atau membungkuk ke arah anda				
21	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu kaki tidak dilipat atau menyilang dan mengangkat bahu				
22	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan jarak yang wajar (30-40 cm)				
23	Perawat menyimpulkan proses dan hasil diskusi berdasarkan tujuan awal bersama dengan anda				
24	Perawat mengakhiri wawancara atau komunikasi dengan cara yang baik dengan mengucapkan salam				

KISI-KISI KUISIONER

1.1 Kode Data Umum

- 1) Jenis Kelamin
 - Kode 1 : Laki-Laki
 - Kode 2 : Perempuan
- 2) Umur
 - Kode 1 : 20-30 tahun
 - Kode 2 : 31-40 tahun
 - Kode 3 : 41-50 tahun
 - Kode 4 : 51-60 tahun
- 3) Tingkat Pendidikan
 - Kode 1 : SD
 - Kode 2 : SMP
 - Kode 3 : SMA
 - Kode 4 : Sarjana/Diploma
 - Kode 5 : Tidak Sekolah
- 4) Status Perkawinan
 - Kode 1 : Sudah Menikah
 - Kode 2 : Belum Menikah
- 5) Pekerjaan
 - Kode 1 : Swasta
 - Kode 2 : Wiraswasta
 - Kode 3 : PNS
 - Kode 4 : Petani
 - Kode 5 : Tidak Bekerja
- 6) Hubungan Keluarga
 - Kode 1 : Ayah/Ibu
 - Kode 2 : Suami/Istri
 - Kode 3 : Anak
 - Kode 4 : Adik/Kakak

7) Faktor Penyebab

Kode 1 : Penyakit

Kode 2 : Lingkungan dan aturan Rumah Sakit

Kode 3 : Lama hari rawat dengan biaya perawatan

Kode 4 : Sikap Prtugas di Rumah Sakit

1.2 Penilaian Stres Keluarga Pasien Skala DASS 42

Skor 0 : Tidak Pernah

Skor 1 : Kadang-Kadang

Skor 2 : Sering

Skor 3 : Selalu

Rentang skor 0 – 42 dengan 5 kategori :

- 1) Sangat Parah : ≥ 34
- 2) Parah : 26-33
- 3) Sedang : 19-25
- 4) Ringan : 15-18
- 5) Normal : ≤ 14

1.3 Penilaian Komunikasi Perawat Mandala (2002)

Skor 1 : Tidak Pernah

Skor 2 : Kadang-Kadang

Skor 3 : Sering

Skor 4 : Selalu

Skor maksimal adalah 100% dengan 4 kategori :

- 1) Tidak Baik ($\leq 40\%$),
- 2) Kurang Baik (41-55%),
- 3) Cukup Baik (56-75%) dan
- 4) Kategori Baik (76-100%)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No.27/D/0/2006
Rekom BPSDM Depkes RI No.HK.03.2.4.1.2678
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457
Email : um.lamongan@yahoo.com.id

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Fortuwina Liscitra
NIM : 19.02.01.2726P
Pembimbing I : Moh. Saifudin, S.Kep., Ns. S.Psi. M.Kes.
Judul : **HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG
ICU RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
LAMONGAN**

No.	Tanggal	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	TTD
1.	5/8 2019	Masalah + Judul	-Studi Literatur -Konsep trends Issue Kuatkan -Tentang Literatur	
2.	14/08 2019	Masalah + Judul	-Tentang Literatur -Jurnal Keperawatan -Kuatkan konsep	
3.	05/09 2019	Masalah + Judul	-Add judul	
4.	20/10 2019	Bab I	-Literatur ? -Perhatikan tulisan - tulisan -Sesuaikan penulisan (1JKS) -Segera konsur ulang	







UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No.27/D/0/2006

Rekom BPSDM Depkes RI No.HK.03.2.4.1.2678

Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457




Email : um.lamongan@yahoo.com.id

5.	29/11/19	Bab 1.	<ol style="list-style-type: none">1. susman kaidah latar belakang di luatkan!2. kronologis di luatkan.3. konsep solusi di - tambahkan!4. sebariskan materi.	
6.	03/2019 /12	Bab 1	ACC bab 1 lanjut bab 2.	
7.	19/2019 /12	Bab 1 - 2	<ul style="list-style-type: none">- tulisan - tulisan Perbaikan- faham literatur!- pelajari jenis penelitian!- kerangka konsep sebariskan bab 2!- semuanya sebariskan materi!- segera kerjakan ulang	
8.	06/2020 /01	Bab 2	<ul style="list-style-type: none">- tulisan de!- lengkapi answer/ alat ukur - pelajari sebariskan materi.- segera kerjakan ulang	



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No.27/D/0/2006
Rekom BPSDM Depkes RI No.HK.03.2.4.1.2678
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457
Email :um.lamongan@yahoo.com.id

9	10/01 2020	Bab 1-2	<ul style="list-style-type: none">- lanjut bab 3- lengkapi semuanya!- pelajari dan lengkapi questioner dan alat ukur!- sekralkan materi!- segera kumpul ulang.	
10.	13/01 2020	Bab 1-3	<ul style="list-style-type: none">- tulisan-tulisan perhatikan!- kerangka konsep, perhatikan!- Tehti semuanya!- Lengkapi semuanya!- Nama, gelar dan → revisi → perhatikan!- sekralkan materi- segera kumpul ulang.	
11.	20/01 2020	Bab 1-3	<ul style="list-style-type: none">- Tehti tulisan dll!- Pelajar semuanya!- persiapkan uji sidang!- ACC uji proposal	



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No.27/D/0/2006
Rekom BPSDM Depkes RI No.HK.03.2.4.1.2678
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457
Email : um.lamongan@yahoo.com.id

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Fortuwina Liscitra
NIM : 19.02.01.2726P
Pembimbing I : Moh. Syaifuddin, S.Kep., Ns., S.Psi., M.Kes.
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

No.	Tanggal	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	TTD
1	07 Juni 2020	All BAB	<ul style="list-style-type: none">- Penulisan-penulisan dan struktur penulisan harap disesuaikan dengan panduan- Perhatikan nama dan gelar- Teliti lagi dari awal sampai akhir- Penulisan abstrak sesuaikan kaidah- Penulisan tabel harus sesuai kaidah- Perkuat dan pertajam pembahasan- Pembacaan tabel disesuaikan kaidah- Kesimpulan sesuaikan tujuan- Sasaran sesuaikan manfaat- Daftar pustaka sesuaikan semuanya- Segera buat PPT dan kirim email	



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No 27/D/0/2006
Rekom BPSDM Depkes RI No HK.03.2.4.1.2678
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457
Email um.lamongan@yahoo.com id

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Fortuwina Liscitra
NIM : 19.02.01.2726P
Pembimbing II : Abdul Rokhman, S.Kep., Ns., M.Kep.
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG
ICU RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

No.	Tanggal	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	TTD
1.	29/10/19	Bab I	1. perbaiki susunan latar belakang. IJKs. 2. perbaiki konsep solusi & kronologi 3. perbaiki tujuan & manfaat	
2.	4/11/19	Bab I	1. perbaiki susunan latar belakang. 2. perbaiki tujuan klasifikasi	
3.	22/11/19	Bab I	1. perbaiki beberapa penulisan. 2. Lanjut Bab II	
4.	26/11/19	Bab II	1. perbaiki penulisan. 2. sumber pustaka. 3. perbaiki kerangka konsep.	







UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No 27/D/0/2006

Rekom BPSDM Depkes RI No HK 03.2.4.1.2678

Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax (0322) 323457

Email um.lamongan@yahoo.com.id

5.	6/12/19	Bab 2	1. kerangka konsep & pijilasan. 2. hipotesis penelitian. 3. Lanjut Bab III	
6.	10/12/19	Bab III	1. perbaiki Desain penelitian 2. perbaiki kerangka kerja. 3. teknik sampling. 4. Definisi operasional. 5. kriteria inklusi & eksklusi. 6. Etika penelitian	
7.	19/12/19	Bab III	1. perbaiki penulisan. 2. Etika penelitian aplikatif 3. Lengkapi lampiran 2	
8.	13/1/20	all	proposal. Lengkapi semua.	



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Ijin Depdiknas RI No.27/D/0/2006
Rekom BPSDM Depkes RI No.HK.03.2.4.1.2678
Jl. Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan Telp/Fax. (0322) 323457
Email : um.lamongan@yahoo.com.id

LAMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Fortuwina Liscitra
NIM : 19.02.01.2726P
Pembimbing II : Abdul Rokhman, S.Kep., Ns., M.Kep.
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN
TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

No.	Tanggal	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	TTD
1	9 Mei 2020	Revisi BAB 4	<ul style="list-style-type: none">- Sesuaikan judul pembahasan dengan tujuan khusus bab 1- Perbaiki penulisan, masih banyak yang salah- Lampirkan tabulasi data dan hasil SPSS	
2	7 Juni 2020	Revisi BAB 4	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki dan perkuat pembahasan- Munculkan opini pada pembahasan- Acc BAB 5	
3	15 Juni 2020	Revisi BAB 4	<ul style="list-style-type: none">- Teliti ulang pada setiap penulisan- Segera buat PPT- Segera buat Abstrak- Segera konsul ulang	
4	25 Juni 2020	Abstrak PPT	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki PPT jangan terlalu banyak- Perbaiki abstrak, munculkan nilai hasil penelitian- Acc Ujian	

Lampiran 8

HASIL ANALISA DATA DAN UJI STATISTIK

Frequencies

		Statistics						
		JK	Umur	Perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Penyebab	Hubungan
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

		JK			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	11	36,7	36,7	36,7
	Perempuan	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 tahun	3	10,0	10,0	10,0
	31-40 tahun	12	40,0	40,0	50,0
	41-50 tahun	14	46,7	46,7	96,7
	51-60 tahun	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

		Perkawinan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sudah	30	100,0	100,0	100,0

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	6	20,0	20,0	20,0
	SMA	10	33,3	33,3	53,3
	Sarjana/Diploma	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	18	60,0	60,0	60,0
	Wiraswasta	5	16,7	16,7	76,7
	Petani	6	20,0	20,0	96,7
	Tidak Bekerja	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Penyebab

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Penyakit	7	23,3	23,3	23,3
	Lingkungan dan Aturan RS	7	23,3	23,3	46,7
	Lamanya Hari dengan Biaya Perawatan	1	3,3	3,3	50,0
	Sikap Petugas di RS	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Hubungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ayah/Ibu	8	26,7	26,7	26,7
	Suami/Istri	10	33,3	33,3	60,0
	Anak	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		Komunikasi Perawat	Tingkat Stres
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

Komunikasi Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	13	43.3	43.3	43.3
	Kurang Baik	4	13.3	13.3	56.7
	Cukup Baik	10	33.3	33.3	90.0
	Baik	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Tingkat Stres

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	parah	1	3.3	3.3	3.3
	sedang	17	56.7	56.7	60.0
	ringan	10	33.3	33.3	93.3
	normal	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Komunikasi Perawat	Tingkat Stres
Spearman's rho	Komunikasi Perawat	Correlation Coefficient	1.000	.878**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	30	30
	Tingkat Stres	Correlation Coefficient	.878**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi Perawat * Tingkat Stres	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Komunikasi Perawat * Tingkat Stres Crosstabulation

			Tingkat Stres				Total
			parah	sedang	ringan	normal	
Komunikasi Perawat	Tidak Baik	Count	1	12	0	0	13
		% within Komunikasi Perawat	7.7%	92.3%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Tingkat Stres	100.0%	70.6%	0.0%	0.0%	43.3%
		% of Total	3.3%	40.0%	0.0%	0.0%	43.3%
	Kurang Baik	Count	0	4	0	0	4
		% within Komunikasi Perawat	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Tingkat Stres	0.0%	23.5%	0.0%	0.0%	13.3%
		% of Total	0.0%	13.3%	0.0%	0.0%	13.3%
	Cukup Baik	Count	0	1	9	0	10
		% within Komunikasi Perawat	0.0%	10.0%	90.0%	0.0%	100.0%
		% within Tingkat Stres	0.0%	5.9%	90.0%	0.0%	33.3%
		% of Total	0.0%	3.3%	30.0%	0.0%	33.3%
	Baik	Count	0	0	1	2	3
		% within Komunikasi Perawat	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Tingkat Stres	0.0%	0.0%	10.0%	100.0%	10.0%
		% of Total	0.0%	0.0%	3.3%	6.7%	10.0%
Total	Count	1	17	10	2	30	
	% within Komunikasi Perawat	3.3%	56.7%	33.3%	6.7%	100.0%	
	% within Tingkat Stres	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.3%	56.7%	33.3%	6.7%	100.0%	

**TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PENELITIAN
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES
KELUARGA PASIEN DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

No. Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Perkawinan	Pekerjaan	Hubungan Keluarga	Faktor Penyebab
1	2	2	3	1	2	3	2
2	2	2	4	1	1	1	2
3	1	2	3	1	1	1	4
4	2	2	3	1	1	1	4
5	2	1	4	1	1	2	4
6	2	3	2	1	4	1	1
7	1	2	4	1	1	2	4
8	2	4	3	1	5	1	2
9	2	2	4	1	1	2	1
10	1	3	4	1	1	1	4
11	2	3	3	1	4	3	4
12	1	3	4	1	1	3	1
13	1	3	4	1	2	3	1
14	2	2	2	1	2	3	2
15	2	3	2	1	4	2	4
16	1	3	4	1	1	2	4
17	2	2	4	1	1	2	1
18	2	1	3	1	1	2	2
19	2	2	3	1	1	3	4
20	2	2	4	1	1	3	4
21	2	2	3	1	1	3	4
22	1	3	2	1	4	1	3
23	1	3	4	1	1	1	4
24	2	3	3	1	4	3	4
25	1	3	4	1	1	3	1
26	1	3	4	1	2	3	1
27	2	2	2	1	2	3	2
28	2	3	2	1	4	2	4
29	1	3	4	1	1	2	4
30	2	1	3	1	1	2	2

Data Umum :

- 1) Jenis Kelamin : Laki-Laki (1), Perempuan (2)
- 2) Umur Responden : 20-30 tahun (1), 31-40 tahun (2), 41-50 tahun (3), 51-60 tahun (4)
- 3) Tingkat Pendidikan : SD (1), SMP (2), SMA (3), Sarjana/Diploma (4), Tidak Sekolah (5)
- 4) Status Perkawinan : Sudah (1), Belum (2)
- 5) Pekerjaan : Swasta (1), Wiraswasta (2), PNS (3), Petani (4), Tidak Bekerja (5)
- 6) Hubungan Keluarga : Ayah (1), Ibu (2), Anak (3), Paman/Bibi (4)
- 7) Faktor Penyebab : Penyakit (1), Lingkungan dan Aturan RS (2), Lamanya Hari dengan Biaya Perawatan (3), Sikap Petugas di RS (4)

**TABULASI DATA KHUSUS KOMUNIKASI PERAWAT
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

No. Resp	Kuisisioner Komunikasi Perawat (Mandala 2002)																								Jumlah		Kode	Keterangan	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	34	35%	1	Tidak Baik	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	49	51%	2	Kurang Baik	
3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	31	32%	1	Tidak Baik	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	47	49%	2	Kurang Baik	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
8	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	54	56%	3	Cukup Baik	
9	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	59	61%	3	Cukup Baik	
10	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	32	33%	1	Tidak Baik	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	48	50%	2	Kurang Baik	
12	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	33	34%	1	Tidak Baik	
13	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	34	35%	1	Tidak Baik	
14	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	33	34%	1	Tidak Baik	
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
17	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	25	26%	1	Tidak Baik
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	37	39%	1	Tidak Baik	
19	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	31	32%	1	Tidak Baik	
20	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	31	32%	1	Tidak Baik	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	25	26%	1	Tidak Baik	
22	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	40	42%	2	Kurang Baik	
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
24	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	25	26%	1	Tidak Baik
25	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	37	39%	1	Tidak Baik	
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	25%	1	Tidak Baik	
27	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	55	57%	3	Cukup Baik	
28	1	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	58	60%	3	Cukup Baik	
29	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	32	33%	1	Tidak Baik	
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	48	50%	2	Kurang Baik	

Keterangan :

- 1) Tidak Baik \leq 40% (Kode 1)
- 2) Kurang Baik 41-55% (Kode 2)
- 3) Cukup Baik 56-75% (Kode 3)
- 4) Baik 76-100% (Kode 4)

**TABULASI DATA KHUSUS TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN
HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

No. Responden	Kuisisioner <i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (DASS 42)														Jumlah	Kode	Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	16	2	Ringan
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	15	2	Ringan
5	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	20	3	Sedang
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	16	2	Ringan
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	25	3	Sedang
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	Normal
9	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	21	3	Sedang
10	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	23	3	Sedang
11	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	21	3	Sedang
12	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
13	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	25	3	Sedang
15	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	21	3	Sedang
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	25	3	Sedang
17	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	22	3	Sedang
18	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	18	2	Ringan
19	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	17	2	Ringan
20	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	17	2	Ringan
21	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	7	1	Normal
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	Normal
23	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	20	3	Sedang
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	16	2	Ringan
25	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	21	3	Sedang
26	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
27	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	16	2	Ringan
28	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	25	3	Sedang
29	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	18	2	Ringan
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	25	3	Sedang

Keterangan :

- 1) Normal : ≤ 14 (Kode 1)
- 2) Ringan : 15-18 (Kode 2)
- 3) Sedang : 19-25 (Kode 3)
- 4) Parah : 26-33 (Kode 4)
- 5) Sangat Parah : ≥ 34 (Kode 5)