

**HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI IGD
RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2019**

SKRIPSI



Oleh

SITI PATIMAH

201513049

**PROGRAM STUDI STRATA 1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIJAYA HUSADA BOGOR
TAHUN 2019**

**HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI IGD
RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi syarat guna memperoleh gelar S1 Keperawatan
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor



Oleh

SITI PATIMAH

201513049

**PROGRAM STUDI STRATA 1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIJAYA HUSADA BOGOR
TAHUN 2019**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber pustaka yang menjadi rujukan dalam penyusunan skripsi ini telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa skripsi ini merupakan hasil plagiat/pemalsuan/penyuapan/pertukaran maka saya siap menerima sanksi yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Wijaya Husada Bogor dengan segala resiko yang harus saya tanggung

Nama : SITI PATIMAH

NIM : 201513049

Tanggal : September 2019

Tanda Tangan :

HALAMAN PERSETUJUAN

HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI IGD RUMAH SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2019

Penyusun : Siti Patimah

NIM : 201513049

Skripsi ini telah disetujui untuk diajukan dihadapan tim penguji sidang Skripsi
prodi S1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

Bogor, September 2019

Dosen Pembimbing

(Desi Nurseha Merita, S.Kep, M.K.M)

Mengetahui,

STIKes Wijaya Husada Bogor

(dr.Pridady, Sp.PD-KGEH)

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI IGD RUMAH SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2019

Penyusun : Siti Patimah

NIM : 201513049

Skripsi ini telah dipertahankan dan disahkan oleh tim penguji sidang Skripsi
Prodi S1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

Bogor, September 2019

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

(Ns. Tisna Yanti, S.Kep, M.Kes)

(Desi Nurseha Merita, S.Kep, M.K.M)

Mengetahui

Ketua STIKes Wijaya Husada Bogor

(dr.Pridady, Sp.PD-KGEH)

HALAMAN RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Siti Patimah
Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 07 Oktober 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda
Alamat : Cibedug-Girang RT.01/02 Kelurahan
Sukatani Kecamatan Sukaraja Kabupaten
Bogor

Riwayat Pendidikan

- a. 2003-2009 : SD Negeri Sukatani
- b. 2009-2012 : MTs Negeri Kota Bogor
- c. 2012-2015 : SMA Negeri 1 Sukaraja
- d. 2015-2019 : STIKes Wijaya Husada Bogor

**HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KOMUNIKASI
TERAPEUTIK DI IGD RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2019¹**

**Siti Patimah², Desi Nurseha Merita³
STIKes Wijaya Husada Bogor**

ABSTRAK

Di Indonesia, jumlah perawat di rumah sakit terdapat 147.264 orang (45,65%). Secara nasional, rasio perawat adalah 87,65 per 100.000 penduduk. Rasio tersebut masih jauh dari target 2019 yakni 180 per 100.000 penduduk. Kurangnya tenaga keperawatan membuat beban kerja bertambah sehingga membuat mutu kerja menurun. Permasalahan seperti ini terjadi di Ruang Perawatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor karena perawat jaga hanya 8 orang per shift. 5 orang di antaranya mengatakan bahwa perawat mempunyai beban kerja yang tinggi sehingga tidak bisa menjalankan komunikasi terapeutik kepada pasien. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Rumah Sakit PMI Bogor.

Peneliti menggunakan jenis penelitian analitik kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 30 sampel berdasarkan teknik sampling jenuh. Pengumpulan data diperoleh melalui kuesioner tertutup.

Hasil penelitian ditemukan bahwa beban kerja perawat termasuk kategori tinggi yaitu 19 responden (63,3%), sementara komunikasi terapeutik sebanyak 18 responden (60%) termasuk kategori jarang.

Simpulan dari penelitian ini yaitu ada hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019 dengan *p value* 0,000. Saran dari penelitian ini adalah diharapkan bagi Rumah Sakit dapat mempertimbangkan dalam pengambilan keputusan serta membuat kebijakan yang berkaitan dengan beban kerja perawat sehingga komunikasi terapeutik bisa meningkat. Bagi bidang keperawatan diharapkan memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor. Dan bagi peneliti selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik.

Kata Kunci	: Beban Kerja, Komunikasi Terapeutik, dan Perawat.
Daftar Pustaka	: 16 Buku, 2 website, 4 jurnal
Jumlah Halaman	: 103 halaman, 7 tabel, 2 bagan

¹Judul Skripsi.

²Mahasiswa STIKes Wijaya Husada Bogor

³Dosen Pembimbing

**CORRELATION OF WORKLOAD WITH THERAPEUTIC COMMUNICATION
IN HOSPITAL EMERGENCY INSTALATION OF PMI BOGOR
YEAR 2019¹**

**Siti Patimah², Desi Nurseha Merita³
STIKes Wijaya Husada Bogor**

ABSTRACT

In Indonesia, there are a number of nurses in the hospital is 147.264 people (45,65%). Nationally, the ratio of nurses is 87,65 per 100.000 inhabitants. The ratio is still far from 2019 target of 180 per 100.000 inhabitants. Lack of nursing workers make the workload grow thus making the working quality decrease. This problem occurs in hospital emergency installation treatment room PMI Bogor because nurses keep only 8 people pershift. 5 of them say that the nurse has a high workload so that it can not carry out therapeutic communication to patients. The purpose of this research os to know the workload correlation with therapeutic communication in the installation of PMI Bogor Hospital.

Researchers use quantitative analytical research types with cross sectional design. The number of samples in this study was 30 samples based on saturated sample technology. Collection of data obtained through a questionnaire in a closed.

The results of the study found that the nurse workload belongs to high category 19 respondents (63,3%), while therapeutic communication as many as 18 respondents (60%) category include infrequent.

The conclusion of this research is that there is a meaningful the workload of nurses with therapeutic communication in the hospital emergency installation PMI Bogor year 2019 with p value 0,000. The advice of this research is expected for hospitals can consider in decision making as well as creating policies related to nurse workloads so that therapeutic communication can improve. For the field of nursing is expected to provide optimal service to the patients in hospital emergency installation PMI Bogor. And for further researchers hopefully this research can be used as further research on other factors affecting the workload of nurses with therapeutic communication.

Keywords : Workload, Therapeutic Communication, Nurses
Libraries : 16 Books, 2 website, 4 Journal
Page Tittel : 103 Pages, 7 table, 2 Chart

¹Research Tittel

²Student Academy of Nursing STIKes Wijaya Husada Bogor

³Lecturer

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT. atas segala Rahmat dan KaruniaNya, Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah SAW. beserta keluarga dan sahabat sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan baik dan tepat waktu dengan judul : **“Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019.”** Yang merupakan syarat kelulusan untuk mendapat gelar sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor.

Penulis menyadari penulisan skripsi ini tidak dapat terlaksana tanpa bantuan dan kerja sama dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terimakasih yang tidak terhingga kepada pihak yang telah memberi saran, dorongan, petunjuk, do'a, serta bimbingan hingga selesainya penulisan Skripsi ini. kemudian penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Eva Irawan., ST., MBA selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor
2. dr. Pridady,Sp.PD-KGEH selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor

3. Ns. Tisna Yanti., S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberi saran serta bimbingan terhadap skripsi ini.
4. Desi Nurseha Merita., S.Kep., M.K.M selaku dosen pembimbing yang bijaksana, dan selalu sabar membimbing saya. Terimakasih atas bantuannya, nasehatnya, dan ilmunya yang selama ini dilimpahkan kepada saya dengan rasa tulus dan ikhlas.
5. Kepala Rumah Sakit PMI Bogor beserta jajaran yang telah berkenan memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian
6. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor beserta jajaran yang telah berkenan memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian Uji Validitas.

Akhir kata, penulis berharap semoga tugas akhir skripsi ini dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu Keperawatan, dan untuk semua pembaca.

Bogor, September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10

E. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
F. Keaslian Penelitian.....	12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka	16
1. Definisi Beban Kerja.....	16
2. Jenis Beban Kerja.....	17
3. Faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja	18
4. Indikator Beban Kerja	19
5. Efek Beban Kerja	19
6. Perhitungan Beban Kerja	20
7. Pengukuran Beban Kerja	22
8. Manfaat Pengukuran Beban Kerja	23
B. Komunikasi Terapeutik	24
1. Definisi Komunikasi Terapeutik	24
2. Komunikasi Terapeutik Tanggung Jawab Moral perawat	25
3. Tujuan Komunikasi Terapeutik	25
4. Jenis Komunikasi Terapeutik	30
5. Model Komunikasi Terapeutik	36
6. Prinsip Komunikasi Terapeutik	38
7. Tahap Komunikasi Terapeutik	43
8. Teknik Komunikasi Terapeutik	52
9. Faktor Komunikasi Terapeutik	55
10. Cara Mencapai Kondisi Komunikasi Terapeutik	57

11. Hubungan Beban Kerja dengan Komunikasi Terapeutik.....	65
C. Kerangka Teori	66

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian.....	67
B. Kerangka Konsep	68
C. Variabel penelitian	68
D. Definisi Operasional.....	69
E. Hipotesis.....	70
F. Populasi dan Sampel	71
G. Tempat Penelitian.....	72
H. Waktu Penelitian	73
I. Etika Penelitian	73
J. Alat dan Metode Pengumpulan Data	74
K. Metode Pengolahan dan Analisis Data	81

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	86
1. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	86
a. Sejarah Tempat Penelitian	86
b. Visi.....	88
c. Misi.....	88
2. Gambaran Penelitian.....	89
3. Karakteristik Responden.....	90
a. Usia.....	90

b. Jenis Kelamin	91
c. Pendidikan Terakhir	91
d. Lama Kerja	92
e. Hasil Penelitian.....	93
B. Pembahasan.....	96
1. Analisa Univariat	96
2. Analisa Bivariat.....	99
3. Keterbatasan Penelitian.....	100
4. Implikasi.....	101

BAB V PENUTUP

A. Simpulan	102
B. Saran.....	103

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	12
Tabel 3.1 Definisi Operasional	69
Tabel 3.2 Kisi-Kisi kuesioner	75
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	88
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	89
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	89
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja	90
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Beban Kerja Perawat di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019	91
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019	92
Tabel 4.7 Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019	93

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Kerangka Teori	66
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	68

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Rumah sakit merupakan industri yang padat modal, padat karya, padat teknologi dan beragam sumber daya manusia. Sekarang ini mayoritas rumah sakit yang ada sudah bergeser kearah *profit oriented*, dengan berjalannya waktu rumah sakit telah menjadi institusi sosio-ekonomis. Sehubungan dengan kebijakan pemerintah, semakin banyak dan merata rumah sakit di Indonesia, jumlah rumah sakit yang semakin meningkat membuat setiap rumah sakit saling bersaing untuk mendapatkan pelanggan.¹

World Health Organization menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis, yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif) kepada masyarakat baik kuratif maupun preventif, dimana pelayanan menjangkau keluarga dan lingkungan rumahnya, rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan untuk penelitian bio-psiko-sosioekonomi-budaya”.²

Rumah sakit adalah suatu institusi yang unik. Salah satu keunikan utama adalah sifatnya yang padat karya, dan hasil produksinya yang berupa jasa pelayanan kesehatan terkategori *unsought product* dan juga bersifat *intangible*. Sifat-sifat Rumah Sakit ini merupakan tantangan bagi

manajemen karena timbul tuntutan untuk memahami dengan menyeluruh aspek pekerjaan yang ada di Rumah Sakit, begitu juga dengan norma dan nilai yang terkait didalamnya.³

Jika manajemen memberikan perhatian penuh kepada pegawai, maka hasil produksi akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja. Teori tersebut dikenal dengan *hawthorne effect*, dimana seseorang akan merespons kejadian dan terus belajar manakala mereka merasa terus diperhatikan dan didukung oleh manajemen. Lingkungan kelompok dan sosial baik formal maupun informal merupakan suatu dalam menentukan produktivitas perusahaan dan memungkinkan semua pegawai ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.⁴

Wakil Presiden (Wapres) RI yang juga Ketua Umum Palang merah Indonesia (PMI), Jusuf Kalla meresmikan gedung rawat inap di Rumah Sakit (RS) PMI Bogor. Ia meresmikan Gedung E yang terdiri dari tiga lantai untuk kelas VIP dengan Jumlah kamar sebanyak 35 unit. Pembangunan gedung rawat inap baru itu, dikatakan Kepala Humas RS PMI, Yudha W. Waspada, adalah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Selain itu, pengembangan Ruang Rawat Inap VIP itu juga sekaligus untuk memenuhi kebutuhan pasien RS PMI yang kadang kesulitan mendapatkan perawatan lantaran kamar yang penuh.⁵

Ruang VIP ini juga bisa digunakan untuk pasien BPJS Kesehatan Top Up, mengingat sekitar 70 persen pasien RS PMI adalah pasien pengguna BPJS Kesehatan, dan kini RS PMI telah memiliki sebanyak 357

tempat tidur. Sebelumnya Jusuf Kalla juga pernah meresmikan gedung gardenia yang diperuntukan bagi pelayanan poliklinik reguler, gedung flamboyan untuk Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan penunjang medis berupa ruang tindakan canggih serta ruang rawat inap VVIP.⁵

Instalasi Emergensi/instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu bagian didalam sebuah rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Di IGD terdapat dokter dari berbagai spesialisasi bersama sejumlah perawat dan dokter jaga. Instalasi Gawat Darurat berfungsi memberikan pelayanan medis yang sifatnya gawat dan darurat selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu.⁶

Pasien dengan penyakit akut yang masuk ke IGD dapat dikategorikan menjadi kasus gawat dan darurat, gawat tapi tidak darurat, darurat tapi tidak gawat, tidak gawat dan tidak darurat. Gawat adalah keadaan yang berkenaan dengan suatu penyakit atau kondisi lainnya yang mengancam jiwa, sedangkan darurat adalah keadaan yang terjadi tiba-tiba dan tidak diperkirakan sebelumnya, suatu kecelakaan, kebutuhan yang segera atau mendesak.⁶

Karena sifat operasional IGD yang harus cepat, tepat dan dibatasi oleh waktu, maka kinerja IGD yang ideal sangat bergantung kepada sumber daya manusia, tata cara kerja yang baik, fasilitas pemeriksaan penunjang untuk mendukung proses diagnostik, dukungan obat dan bahan medis habis pakai yang memadai, alur keluar masuk pasien yang jelas,

kamar operasi yang siap pakai serta dukungan transportasi ambulans yang berfokus pada keselamatan pasien. Organisasi IGD bersifat multidisiplin, multiprofesi, dan terintegrasi dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di IGD dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh seorang dokter penanggung jawab pelayanan.⁶

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Dengan demikian dapat dikatakan tenaga kesehatan tersebut memiliki arti yang luas, yaitu meliputi setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan. Salah satu kegiatan yang dimaksud adalah perawat.³

Perawat adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberikan wewenang untuk melaksanakan peran dan fungsinya. Perawat merupakan salah satu profesi yang selalu berhubungan dan berinteraksi langsung dengan klien, baik itu klien individu, keluarga, ataupun masyarakat. Oleh karena itu perawat dalam memberikan asuhan keperawatannya dituntut untuk memahami dan berperilaku sesuai dengan etik keperawatan. Agar seorang perawat dapat bertanggung jawab dan bertanggungjawab maka ia harus memegang teguh nilai-nilai yang mendasari praktik keperawatan itu sendiri.³

Jumlah perawat diseluruh dunia pada tahun 2011 ada 19,3 juta perawat. Sedangkan di Indonesia jumlah perawat di rumah sakit terdapat 147.264 orang perawat (45,65%) dari seluruh jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit. Secara nasional rasio perawat adalah 87,65 per 100.000 penduduk. Jumlah tenaga kesehatan pada tahun 2017 di Dinas Kesehatan sebanyak 83 orang dan di puskesmas sebanyak 523 orang. Tenaga terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan. Hal ini masih jauh dari target 2019 yaitu 180 per 100.000 penduduk.⁷

Dengan melihat perbandingan jumlah penduduk di kota Bogor dan luar wilayah serta banyaknya program kesehatan yang harus dijalankan Dinas Kesehatan dan puskesmas, maka terlihat bahwa masih minimnya persentase pemenuhan tenaga kesehatan dan membuat pelayanan kesehatan harus memaksimalkan tenaga yang ada. Jumlah sarana pelayanan kesehatan di Kota Bogor cukup banyak antara lain Puskesmas sebanyak 25 unit dengan Puskesmas Pembantu (Pustu) sebanyak 30 unit. Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta sebanyak 18 unit, Balai Pengobatan Swasta/klinik 94 unit, Laboratorium 14 unit, Apotek 119 unit dan Toko Obat 39 unit.⁷

Permasalahan beban kerja perawat selama ini kurang banyak yang memahami terutama pimpinan organisasi tertinggi. Masih ada anggapan bahwa beban kerja perawat dilihat dari banyaknya kegiatan yang dilakukan karena kolaborasi dari profesi lain. Sehingga perhitungan jumlah perawat selalu salah, pekerjaan perawat bermacam-macam dan tidak jelas

wewenang dan tanggung jawabnya. Untuk itu para pemimpin organisasi harus diberikan pencerahan tentang beban kerja perawat.⁸

Beban kerja adalah suatu konsep yang multi-dimensi, yang mulai dikenal sejak tahun 1970-an. Sebagai suatu konsep yang timbul akibat adanya keterbatasan kapasitas dalam memproses informasi. Apabila keterbatasan yang dimiliki individu tersebut menghambat/menghalangi tercapainya hasil kerja pada tingkat yang diharapkan, berarti telah terjadi kesenjangan antara tingkat kemampuan yang diharapkan dan tingkat kapasitas yang dimiliki.⁹

Beban kerja bisa bersifat kuantitatif bila yang dihitung berdasarkan banyaknya/jumlah tindakan keperawatan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Beban kerja bersifat kualitatif bila pekerjaan keperawatan menjadi tanggung jawab yang harus dilaksanakan sebaik mungkin/profesional. Bila beban kerja terlalu tinggi akan menyebabkan komunikasi yang buruk antara perawat dan pasien, kegagalan kolaborasi perawat dan dokter, tingginya *drop out* perawat/*turn over*, dan rasa ketidakpuasan kerja perawat.⁸

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Komunikasi dilakukan perawat dalam menjaga kerjasama yang baik dengan pasien dalam rangka membantu memenuhi kebutuhan kesehatan

pasien. Kelemahan komunikasi merupakan masalah yang serius bagi perawat maupun pasien. Perawat yang nggan berkomunikasi dengan menunjukan raut muka yang tegang akan berdampak serius bagi pasien. Pasien akan merasa tidak nyaman bahkan terancam dengan sikap perawat. Kondisi seperti itu tentunya akan sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien.¹⁰

Suasana yang menggambarkan komunikasi yang terapeutik adalah ketika dalam berkomunikasi dengan klien, perawat mendapatkan gambaran yang jelas dan alami tentang kondisi klien sedang dirawat mengenai tanda dan gejala yang ditempakkan serta keluhan yang dirasakan. Gambaran tersebut dapat dijadikan acuan dalam menentukan masalah keperawatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan, dengan harapan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan keluhan dan masalah keperawatan yang sedang dialami klien atau bisa dikatakan bahwa tindakan keperawatan tepat sasaran sehingga membantu mempercepat proses kesembuhan.¹⁰

Berdasarkan dari hasil penelitian sebelumnya mengemukakan bahwa rumah sakit seringkali menghadapi masalah kekurangan tenaga keperawatan. jumlah tenaga yang dibutuhkan terus meningkat, kurangnya tenaga dapat membuat beban kerja bertambah, sehingga membuat mutu kerja menurun. Sedangkan salah satu tujuan dari pembangunan kesehatan di Indonesia adalah upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal dibutuhkan pelayanan

berkualitas yang dapat dilaksanakan diseluruh sarana pelayanan kesehatan.¹¹

Dari beberapa Rumah Sakit di Indonesia, rata-rata jumlah tenaga dibanding dengan jumlah pasien yang masuk setiap harinya tidak seimbang banyaknya pasien yang mengharuskan rumah sakit memiliki perawat yang berkualitas, dan berdedikasi tinggi sehingga diharapkan memiliki kinerja yang baik. Dan karena sifat operasional IGD yang harus cepat, tanggap dan tepat, maka kinerja IGD sangat bergantung pada sumber daya manusianya. Jika manajemen memberikan perhatian penuh kepada pegawainya (perawat), maka hasil produksi akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja (pasien) dan perawat akan melakukan komunikasi yang terapeutik kepada pasien nya.¹²

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada Jumat, 16 Agustus 2019, terdapat masalah yang sering terjadi Diruang Perawatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor perawat mengatakan “kewalahan” dalam menangani pasien jika terlalu banyak pasien yang datang secara bersamaan, sementara perawat jaga pershiftnya hanya 8 orang, total keseluruhan perawat IGD Rumah Sakit PMI Bogor yaitu 30 orang.

5 dari 8 orang perawat yang bertugas per shift nya mengatakan bahwa perawat mempunyai beban kerja yang tinggi karena perawat di IGD dituntut untuk melakukan tindakan dengan secara cepat dan tanggap, belum lagi perawat harus mengerjakan resume, laporan-laporan lainnya

yang harus dikerjakan dengan waktu tertentu. Dan karena beban kerja yang tinggi maka perawat tidak bisa menjalankan komunikasi yang terapeutik kepada pasien. Untuk itu peneliti ingin meneliti “Hubungan Beban Kerja Dengan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit PMI Bogor”.

B. Rumusan Masalah

Adapun permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah ada Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit PMI Bogor?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, maka tujuan penelitian adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah diketahuinya hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Rumah Sakit PMI Bogor

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Diketauinuya distribusi frekuensi beban kerja pada perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.
- b. Diketahuinya distribusi frekuensi komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.
- c. Diketahuinya hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diharapkan dari hasil penelitian ini, meliputi :

1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat bagi STIKes Wijaya Husada Bogor sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang pelatihan perawat Instalasi Gawat Darurat yang berhubungan dengan kinerja perawat bagi mahasiswa jurusan kesehatan khususnya keperawatan.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Manfaat bagi rumah sakit yakni dapat memberikan masukan dan gambaran tentang hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor, sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan, serta membuat kebijakan yang berkaitan dengan pelatihan bagi tenaga perawat sehingga komunikasi terapeutik bisa meningkat.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Adapun ruang lingkup atau batasan permasalahan yang akan dibahas dalam penulisan penelitian ini adalah:

1. Ruang Lingkup Materi

Materi yang digunakan dalam penelitian ini adalah tentang hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat.

Variabel pada penelitian ini yaitu variabel independen (beban kerja perawat) dan variabel dependen pada penelitian ini yaitu (komunikasi terapeutik)

2. Ruang Lingkup Responden

Responden dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang memberikan asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.

3. Ruang Lingkup Waktu

Waktu dalam penelitian ini dimulai pada bulan Mei-September 2019.

4. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian ini diselenggarakan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.

5. Ruang Lingkup Masalah

Penelitian ini didasarkan pada beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik

6. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah Analitik Kuantitatif dengan menggunakan Uji Statistik Kendal Tau.

F. Keaslian penelitian

Tabel 1.1

Tabel Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Variabel Penelitian	Design Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Fatmawati ,Nunik. 2015. ¹²	Hubungan Tingkat Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Di Ruang Rawat Inap Rst Dr.Soepraoen Malang.	Variabel independen: beban kerja perawat Variabel dependen: komunikasi terapeutik perawat	Design yang digunakan analisis korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Dengan Teknik Purposive Sampling.	Hasil dari penelitian ini adalah sebagian besar perawat memiliki beban kerja sedang (60,3%), dan sebagian besar perawat telah menerapkan komunikasi yang baik (71,4%). Hasil uji spearman rho menunjukan terdapat hubungan yang cukup kuat antara tingkat beban kerja dengan komunikasi terapeutik perawat kepada pasien (p=0,001)

2.	Aisyana, Megarista. 2014. ¹¹	Hubungan Beban Kerja Dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Di Rs Aisyiyah Bojonegoro	Variabel independen: beban kerja Variabel dependen: pelaksanaan komunikasi terapeutik	Design yang digunakan yaitu analitik dengan pendekatan cross sectional	Hasil dari penelitian ini adalah (56,67%) responden menyatakan beban kerja sedang dan melaksanakan komunikasi terapeutik dengan kurang sedangkan 3 responden (10,00%) dengan beban kerja ringan yang melakukan komunikasi terapeutik dengan baik. nilai korelasi $r_s = 0,744$ dengan nilai signifikansi 0,000 ($p < 0.05$), itu berarti H1 diterima artinya terdapat hubungan beban kerja dengan komunikasi terapeutik perawat kepada pasien di RS Aisyiyah Bojonegoro
----	---	---	--	--	---

3.	Arisah Ariyanti. 2017. ¹³	Perbandingan Beban Kerja Dan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Rumah Sakit Islam Muhammadiyah Kendal	Variabel independen: beban kerja Variabel dependen: komunikasi terapeutik perawat	Penelitian ini merupakan penelitian komparasi. Proses penelitian ini dengan metode total sampling,	hasil penelitian diperoleh beban kerja di ruang bangsal kelas III sebanyak 10 Responden (55,60%) menyatakan beban kerja perawat kategori tinggi. Sedangkan di ruang VIP sebanyak 6 responden (37,50%) menyatakan beban kerja perawat kategori tinggi. Komunikasi terapeutik berdasarkan penelitian di ruang bangsal kelas III sebanyak 8 responden (44,40%) komunikasi terapeutik perawat kategori baik dan sebanyak 9 responden
----	--------------------------------------	---	--	--	--

					(56,20,%) komunikasi terapeutik perawat kategori baik.
--	--	--	--	--	---

Berdasarkan uraian pada tabel diatas, maka walau telah ada penelitian sebelumnya baik berkaitan dengan beban kerja perawat maupun dengan komunikasi terapeutik, namun tetap berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Dengan demikian, maka topik penelitian yang peneliti lakukan ini benar-benar asli yang di susun oleh peneliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Beban Kerja

1. Definisi Beban Kerja

Beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan.³

Beban kerja adalah usaha yang dikeluarkan oleh seseorang untuk memenuhi “permintaan” dari pekerjaan tersebut. Beban kerja yang dimaksud adalah ukuran (porsi) dari kapasitas operator yang terbatas yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan tertentu.¹⁴

Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu. Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan.⁸

Berdasarkan dari beberapa definisi di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa beban kerja merupakan suatu kegiatan atau pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (perawat) untuk melakukan pelayanan kesehatan dalam waktu tertentu.

2. Jenis beban kerja

a. Beban kerja berlebih kuantitatif

Beban berlebih secara fisik ataupun mental, yaitu individu harus melakukan terlalu banyak dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stress pekerjaan. Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir (*dead line*) dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu maka ini mencerminkan adanya beban kerja berlebih kuantitatif.⁸

b. Beban kerja berlebih kualitatif

Beban kerja kualitatif adalah pada individu akibat pada tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi dari batas kemampuan kognitif dan teknis individu. Pada batasan tertentu, beban kerja tersebut menyebabkan pekerjaan menjadi tidak produktif dan menjadi destruktif bagi individu pekerja. Bila berkelanjutan akan timbul kelelahan mental dan dapat tampil dalam bentuk reaksi emosional dan psikomotor secara patologis.⁸

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja

Terdapat 4 faktor utama yang mempengaruhi beban kerja setiap harinya,³ yaitu:

a. Tugas pokok tenaga kesehatan

Tugas pokok adalah tugas yang harus dikerjakan oleh seorang tenaga kesehatan berdasarkan prosedur tetap yang ada.

b. Tugas tambahan

Tugas tambahan merupakan bagian dari pekerjaan dan dikerjakan seperti halnya tugas utama. Namun akan menjadikan beban kerja meningkat jika tugas tambahan lebih banyak sehingga menjadikan tanggungan pekerjaan yang harus dikerjakan menjadi lebih besar. Dapat juga terjadi sebaliknya yakni dengan tugas tambahan beban kerja meningkat tetapi tetap sesuai dengan standar karena tingkat produktivitas menjadi lebih optimal.

c. Waktu kerja

Waktu kerja adalah lamanya seseorang bekerja dalam seharinya.

d. Jumlah kunjungan pasien

Jumlah kunjungan adalah banyaknya kunjungan pasien yang menggunakan jasa pelayan kesehatan. Kunjungan pasien

setiap harinya diwaktu kerja akan mempengaruhi beban kerja dari tenaga kesehatan.

4. Indikator Beban Kerja

Dalam penelitian ini indikator beban kerja yang digunakan meliputi antara lain:¹⁴

a. Target Yang Harus Dicapai

Pandangan individu mengenai besarnya target kerja yang diberikan untuk menyelesaikan pekerjaannya. Dan mengenai hasil kerja yang harus diselesaikan dalam jangka waktu tertentu.

b. Kondisi Pekerjaan

Mencakup tentang bagaimana pandangan yang dimiliki oleh individu mengenai kondisi pekerjaannya, dan mengatasi kejadian yang tak terduga seperti melakukan pekerjaan ekstra diluar waktu kerja yang telah ditentukan.

c. Standar pekerjaan

Kesan yang dimiliki oleh individu mengenai pekerjaannya, misalnya perasaan yang timbul mengenai beban kerja yang harus diselesaikan dalam jangka waktu tertentu.

5. Efek Beban Kerja

Beban kerja yang terlalu berlebihan akan menimbulkan beberapa efek yaitu kelelahan baik fisik maupun mental, dan reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Sedangkan pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan

yang terjadi karena pengurangan gerak akan menimbulkan kebosanan dan rasa monoton. Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari karena tugas atau pekerjaan yang terlalu sedikit mengakibatkan kurangnya perhatian pada pekerjaan sehingga secara potensial membahayakan dan menurunkan kinerja karyawan.¹⁴

6. Penghitungan Beban Kerja

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain⁴:

- a. Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut,
- b. Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien,
- c. Rata-rata hari perawatan,
- d. Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan,
- e. Frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien,
- f. Rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel yaitu⁴

a. *Work Sampling*

Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Pada metode work sampling dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain:

- 1) Aktifitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja,
- 2) Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja,
- 3) Proposal waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif,
- 4) Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Untuk mengetahui hal-hal tersebut perlu dilakukan survey tentang kerja personel dengan langkah-langkah sebagai berikut⁴:

- 1) Menentukan jenis personel yang akan disurvei,
- 2) Bila jumlah personel banyak perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subyek personel yang akan diamati dengan menggunakan metode simple random sampling untuk mendapatkan sampel yang *representative*,
- 3) Membuat formulir kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan tidak langsung,
- 4) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*,
- 5) Pengamatan kegiatan personal dilakukan dengan intervensi 2-15 tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan.

Pada teknik work sampling kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Oleh karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel sehingga dapat dianalisis dengan baik jumlah pengamatan dapat dihitung.⁴

7. Pengukuran Beban Kerja

Pengukuran beban kerja dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai tingkat efektivitas dan efisiensi kerja organisasi berdasarkan banyaknya pekerjaan yang harus diselesaikan dalam jangka waktu satu tahun. Pengukuran beban kerja dapat dilakukan dalam berbagai prosedur, secara garis besar ada tiga kategori pengukuran beban kerja.⁴ Tiga kategori tersebut yaitu:

- a. Pengukuran subjektif, yakni pengukuran yang didasarkan kepada penilaian dan pelaporan oleh pekerja terhadap beban kerja yang dirasakannya dalam menyelesaikan suatu tugas. Pengukuran jenis ini pada umumnya menggunakan skala penilaian (rating scale),⁴
- b. Pengukuran kinerja, yaitu pengukuran yang diperoleh melalui pengamatan terhadap aspek-aspek perilaku/aktivitas yang ditampilkan oleh pekerja. Salah satu jenis dalam pengukuran kinerja adalah pengukuran yang diukur berdasarkan waktu. Pengukuran kinerja dengan menggunakan waktu merupakan suatu metode untuk mengetahui waktu penyelesaian suatu

pekerjaan yang dikerjakan oleh pekerja yang memiliki kualifikasi tertentu, di dalam suasana kerja yang telah ditentukan serta dikerjakan dengan suatu tempo kerja tertentu,⁴

- c. Pengukuran fisiologis, yaitu pengukuran yang mengukur tingkat beban kerja dengan mengetahui beberapa aspek dari respon fisiologis pekerja sewaktu menyelesaikan suatu tugas/pekerjaan tertentu. Pengukuran yang dilakukan biasanya pada refleks pupil, pergerakan mata, aktivitas otot dan respon-respon tubuh lainnya.⁴

8. Manfaat Pengukuran Beban Kerja

Pengukuran beban kerja memberikan beberapa keuntungan bagi organisasi. Alasan yang sangat mendasar dalam mengukur beban kerja adalah untuk mengkuantifikasi biaya mental (*mental cost*) yang harus dikeluarkan dalam melakukan suatu pekerjaan agar dapat memprediksi kinerja sistem dan pekerja. Tujuan akhir dari langkah-langkah tersebut adalah untuk meningkatkan kondisi kerja, memperbaiki desain lingkungan kerja ataupun menghasilkan prosedur kerja yang lebih efektif.⁴ Dilakukannya pengukuran beban kerja memberikan beberapa manfaat kepada organisasi, yakni :

- a. Penataan/penyempurnaan struktur organisasi,
- b. Penilaian prestasi kerja jabatan dan prestasi kerja unit,
- c. Bahan penyempurnaan sistem dan prosedur kerja,
- d. Sarana peningkatan kinerja kelembagaan,

- e. Penyusunan standar beban kerja jabatan/kelembagaan, penyusunan daftar susunan pegawai atau bahan penetapan eselonisasi jabatan struktural,
- f. Penyusunan rencana kebutuhan pegawai secara riil sesuai dengan beban kerja organisasi,
- g. Program mutasi pegawai dari unit yang berlebihan ke unit yang kekurangan,
- h. Program promosi pegawai,
- i. Reward and punishment terhadap unit atau pejabat,
- j. Bahan penyempurnaan program diklat,
- k. Bahan penetapan kebijakan bagi pimpinan dalam rangka peningkatan pendayagunaan sumber daya manusia.

B. Komunikasi Terapeutik

1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat dan klien yang dirancang untuk memfasilitasi tujuan *therapy* dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif.¹⁰

Komunikasi terapeutik adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian yang mendalam.¹⁰

Komunikasi terapeutik adalah bentuk pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti dan saling

percaya demi terwujudnya hubungan baik antara individu dan orang lainnya.¹⁵

Berdasarkan dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah suatu pertukaran pikiran yang dilakukan oleh perawat dengan klien dalam rangka mencapai kesembuhan.

2. Komunikasi Terapeutik Sebagai Tanggung Jawab Moral Perawat

Perawat harus memiliki tanggung jawab moral tinggi yang didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang, serta perasaan ingin membantu orang lain untuk tumbuh dan berkembang. Sebagai orang beragama, perawat tidak dapat bersikap tidak peduli terhadap orang lain, seperti seorang pendosa yang mementingkan dirinya sendiri.¹⁰

Human care terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga/mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaannya. Membantu orang lain juga untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri, “sesungguhnya setiap orang diajarkan oleh Allah untuk menolong sesama yang memerlukan bantuan.” Prilaku menolong sesama ini perlu dilatih dan dibiasakan, sehingga akhirnya menjadi bagian dari kepribadian.¹⁰

3. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik sengaja dirancang agar hubungan perawat dan klien menjadi efektif dalam rangka mencapai kesembuhan.¹⁰

Tujuan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

a. Kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatkan kehormatan diri

Untuk mencapai tujuan akhir dari proses pelayanan kesehatan utamanya pelayanan keperawatan adalah dengan memperpendek lama hari rawat. Perawat dan klien akan terlibat dalam hubungan yang intensif. Untuk itu perawat harus melakukan eksplorasi diri dalam kemampuan yang dimiliki dalam berkomunikasi dengan klien. Dalam melaksanakan komunikasi yang terapeutik, perawat harus memiliki kemampuan-kemampuan, antara lain pengetahuan yang cukup, skill/keterampilan yang memadai, serta teknik dan etika komunikasi yang baik. Dengan demikian, kehadiran perawat disisi klien merupakan kehadiran yang bermakna dan membawa dampak yang positif bagi klien.¹⁰

Perawat harus mengerti dan menyadari bahwa klien datang ke Rumah Sakit dalam rangka minta pertolongan untuk mengurangi keluhan yang dirasakan, dan itu diterima sebagai tanggung jawab pribadi dan tanggung jawab profesi bagi perawat. Perawat dalam menangani klien merupakan suatu penghormatan bagi dirinya, karena dipercaya klien untuk merawat tanpa ada perasaan khawatir, ragu maupun kecemasan. Hal yang paling penting perawat dipercaya mampu menangani klien dengan benar, penuh kesabaran, supel, ramah dan sangat responsif. Perawat harus sadar dan menerima bahwa kehadirannya sangat dibutuhkan klien untuk meringankan atau bahkan menghilangkan keluhannya

sehingga harus mempersiapkan dengan sungguh-sungguh sebelum bertemu dengan klien.¹⁰

Integritas yang tinggi dari perawat akan mampu meyakinkan klien, sehingga meningkatkan kehormatan perawat dimata klien. Klien menjadi sangat percaya dengan perawat, klien menjadi sadar bahwa hari ini dia menjadi pasien di rumah sakit, dimana proses kesembuhannya diawali dengan membutuhkan keterangan yang sesuai dengan keluhan atau penyakit yang dihadapi. Klien mulai mempercayai bahwa apa yang dilakukan perawat merupakan tindakan yang akan membantu proses penyembuhan penyakit, sehingga selalu kooperatif dalam berkomunikasi, apa yang diinginkan untuk terbebas dari keluhan yang dihadapi akan tercapai. Hal itu akan meningkatkan citra yang optimal dengan tetap menjaga kehormatan dirinya.¹⁰

b. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi

Dalam diri perawat dan klien sudah terdapat status yang jelas diantara keduanya, sehingga dalam konteks hubungan perawat dan klien, bukan si A dan si B dalam arti hubungan pribadi. Walaupun demikian, keduanya adalah manusia yang bermartabat yang mempunyai pikiran, perasaan, keinginan, dan harga diri sehingga dibutuhkan saling menghargai dan saling memahami untuk menumbuhkan integritas pribadi dan

meningkatkan harga diri. Manusia dalam konteks pribadi membutuhkan pengakuan untuk menampakan perwujudan diri.¹⁰

Pengakuan inilah yang akan mendorong manusia untuk menunjukan identitas pribadi dan termasuk didalamnya adalah status dan peran yang jelas, sehingga klien didapatkan peningkatan harga diri. Komunikasi antara perawat dan klien mendorong keduanya untuk saling memahami, menghargai, dan mengetahui keperluan masing-masing. Perawat berusaha membantu meningkatkan harga diri dan martabat klien dan klien mengakui dan menghargai perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan tanpa memandang sebelah mata atau meremehkan kemampuannya.¹⁰

- c. Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima.

Hubungan perawat dan klien merupakan hubungan dengan konsep simbiosi mutualisme, yang artinya hubungan saling menguntungkan antara perawat dengan klien. Perawat dengan ikhlas memberikan pelayanan keperawatan kepada klien dengan tak terbagi, sedangkan klien dengan bebas mengutarakan keluhannya sesuai dengan apa yang dirasakan tanpa ada sesuatu yang mengganjal. Perawat dan klien tidak membawa ego masing-masing dan mengesampingkan adanya sesuatu perbedaan dan yang ada

hanyalah perawat dan klien bekerjasama dalam membangun hubungan saling percaya dalam rangka menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi klien. Perawat selalu mengedepankan kepentingan klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui upaya peningkatan pelayanan keperawatan.¹⁰

- d. Mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistis.

Komitmen yang tinggi dari perawat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan sangat dibutuhkan dalam mencapai tujuan yang optimal. Komitmen itu didasari dari keinginan kuat dalam memberikan pelayanan dengan harapan pelayanan yang sesuai dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Prinsip dalam pelayanan keperawatan dengan memperhatikan semua aspek yang dimiliki mempunyai sifat pelayanan yang cepat, tepat, tegas, dengan suasana yang tenang dan humanistik. Demikian bagi klien komunikasi terapeutik memberikan dorongan untuk mengutarakan apa yang dikeluhkan dan sedang ia alami tanpa suatu manipulasi dengan harapan keluhannya mendapatkan pelayanan yang sesuai. Harapan yang diinginkan juga seharusnya disesuaikan dengan kondisi sakitnya sehingga memerlukan penerimaan yang tinggi dan komitmen yang tinggi untuk mau bekerjasama dalam pelaksanaan tindakan. Harapan yang tidak realistis menyebabkan menurunnya

harga diri dan menjadikan hubungan menjadi renggang sehingga timbul isolasi sosial berupa menarik diri. Hal ini akan sangat menyulitkan dalam hubungan yang terapeutik. Sebab individu yang merasa kenyataan hidupnya jauh dari ideal, akan merasa rendah diri.¹⁰

4. Jenis Komunikasi Terapeutik

Untuk itu pembahasan kali ini dititikberatkan pada komunikasi verbal dan non-verbal¹⁰

a. Komunikasi verbal

Di rumah sakit, jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan adalah dengan pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan tatap muka yang menggunakan bahasa. Melalui bahasa, seseorang akan mengkomunikasikan dan menginterpretasikan kata secara verbal. Sehingga bahasa dapat diidentifikasi sebuah seperangkat kata yang telah disusun secara berstruktur sehingga menjadi himpunan kalimat yang mengandung arti. Melalui bahasa seseorang mengungkapkan sebuah perasaan, ide, kesan dan respons emosional dengan tujuan agar tercipta hubungan yang baik dan tercipta ikatan-ikatan dalam kehidupan manusia serta mempelajari sekeliling kita dalam memahami lingkungan melalui proses interaksi. Jenis komunikasi ini memerlukan fungsi psikologis dan mekanisme kognitif yang akan

menghasilkan bicara. Sampai pada tahap untuk diinterpretasikan dalam sebuah kata, komunikasi verbal membutuhkan keterampilan kognitif dalam mengolah sebuah stimulus, agar stimulus tersebut mampu dipersepsikan dan ditampilkan dalam bentuk sebuah perasaan, ide, dan keinginan untuk menguraikan sebuah stimulus ataupun sampai pada tahap mengingatkan kembali yang diinterpretasikan dalam arti yang sesungguhnya. Hal ini dikarenakan, bahwa kata-kata melambangkan sebuah simbol yang memiliki sebuah arti. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide, atau perasaan membangkitkan respons emosional, atau menguraikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespons secara langsung.¹⁰ Untuk itu perlu adanya pengenalan bahasa kedalam komunikasi verbal yang efektif harus:

1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makna sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadi keracunan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Penggunaan contoh bisa

membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, dan dimana. Ringkas dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana. Contoh, “Katakan pada saya dimana nyeri Anda”, lebih baik dari pada, “saya ingin Anda menguraikan kepada saya bagian yang Anda rasakan tidak enak.”¹⁰

2) Perbendaharaan kata

Komunikasi tidak berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan yang dimengerti klien. Daripada mengatakan “Duduk, sementara saya akan mengauskultasi paru-paru Anda” akan lebih baik jika dikatakan “Duduklah sementara saya mendengarkan paru-paru Anda”.¹⁰

3) Arti denotatif dan konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata.

Kata serius dalam konteks kondisi penyakit dipahami oleh klien sebagai kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien, perawat harus berhati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalahtafsirkan, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi dan kondisi klien.¹⁰

4) Selaan dan kesempatan berbicara

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menemukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-katanya tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat non-verbal dari pendengar yang mungkin menunjukkannya. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu diulang.¹⁰

5) Waktu dan relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menagis kesakitan, bukanlah waktu yang tepat untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien.¹⁰

- 6) Tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Humor merangsang produksi catecholamines dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, memfasilitasi relaksasi dan pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.¹⁰

b. Komunikasi non-verbal

Komunikasi non-verbal merupakan penyampaian kode nonverbal yaitu proses pemindahan atau penyampaian pesan tanpa menggunakan kata-kata. Penyampaian kode non-verbal biasa disebut juga bahasa isyarat atau bahasa diam (*silent*

language). Penyampaian kode non-verbal tersebut merupakan cara yang paling efektif dan meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain, manakala terjadi pertentangan antara apa yang diucapkan dan apa yang diperbuat. Seseorang akan cenderung memercayai hal-hala yang bersifat kode non-verbal dari pada kode verbal. Untuk itu perawat perlu menyadari kode/pesan non-verbal yang ditampakkan klien sebagai upaya untuk menjustifikasikan apa yang diungkapkan dan dipermasalahkan klien merupakan masalah utama atau prioritas utama yang harus segera ditangani. Kode non-verbal sering ditemukan melalui sebuah pengamatan cermat yang bisa dimulai dari saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan. Karena isyarat non-verbal menambah dan memberi arti terhadap pesan verbal. Dengan demikian tujuan dari kode atau isyarat non-verbal antara lain:¹⁰

- a. Meyakinkan apa yang diucapkan (*repetition*).
- b. Menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*).
- c. Menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*).
- d. Menambah atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna.

5. Model Komunikasi Terapeutik

Dalam komunikasi terapeutik terdapat model komunikasi yaitu sebagai berikut:⁴

a. Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis adalah bagian yang terpenting dalam organisasi. Dalam mencapai setiap kebutuhan individu/staf, setiap organisasi telah mengembangkan metode penulisan dalam mengomunikasikan pelaksanaan pengelolaan, misalnya publikasi perusahaan, surat menyurat ke staf, pembayaran, dan jurnal. Manajer harus terlinat dalam komunikasi tertulis, khususnya kepada stafnya.⁴

Komunikasi tertulis dan memo dalam suatu organisasi meliputi:⁴

- 1) Mengetahui apa yang ingin disampaikan sebelum memulai menulis.
- 2) Menulis nama orang dalam tulisan Anda dan perlu dipertimbangkan dampaknya.
- 3) Gunakan kata aktif, dimana akan mempunyai pengaruh yang baik.
- 4) Tulis kata yang sederhana, familiar, spesifik dan nyata, karena akan lebih mudah dipahami dan memungkinkan untuk dibaca orang lain.

- 5) Gunakan seminimal mungkin kata-kata yang tidak penting dan temukan cara yang baik untuk menggambarkan inti tulisan sehingga orang lain mudah mengerti.
- 6) Tulis kalimat dibawah 20 kata, dan masukan satu ide setiap kalimat yang penting dan menjadi topik utama.
- 7) Berikan pembaca petunjuk, konsistensi penggunaan istilah dan pesan.
- 8) Atur isi tulisan secara sistematis.
- 9) Gunakan paragraf untuk mempermudah pembaca, untuk memo antara 8-10 baris, dan untuk surat tidak lebih dari enam baris setiap paragraf.
- 10) Komunikasi dilakukan secara jelas dan fokus

b. Komunikasi via telepon

Pada era global ini, komunikasi manajer bergantung pada telepon. Dengan kemudahan sarana komunikasi tersebut, memungkinkan manajer untuk merespons setiap perkembangan dan masalah dalam organisasi. Oleh karena itu untuk menjaga citra organisasi, manajer dan semua staf harus belajar sopan serta menghargai setiap menjawab telepon. Jika orang lain harus menunggu untuk berbicara, maka waktu yang diperlukan harus singkat untuk menghindari kesan yang negatif.⁴

6. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Adapun prinsip dasar dalam komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut:¹⁶

a. Komunikasi berorientasi pada proses percepatan kesembuhan

Setiap pesan komunikasi mempunyai tujuan tertentu atau makna tertentu dimana dari makna yang berarti tersebut perawat dapat memprediksikan bagaimana cara berkomunikasi. Saat perawat berkomunikasi dengan klien, maka semua percakapan berorientasi bagaimana percakapan ini bisa mendukung perawat untuk mendapatkan masukan yang berharga dalam menentukan sikap dan tindakan. Klien yang merasa diajak mendiskusikan masalah kesehatan yang dihadapinya akan merasa terayomi dan merasa mendapat perhatian yang penuh dari perawat sehingga dapat menurunkan kecemasannya akibat dari penyakit yang diderita. komunikasi yang terjadi antara perawat dan klien merupakan komunikasi yang mengarah pada penemuan masalah keperawatan melalui pengkajian sampai pada evaluasi dari hasil tindakan yang telah dilakukan oleh perawat. Oleh karena itu, perawat harus menghindarkan diri dari kebuntuan komunikasi terapeutik antara lain *resistens*, *transferens*, *kontratransferens*, dan pelanggaran batas.¹⁶

b. Komunikasi terstruktur dan direncanakan

Setiap tindakan komunikasi yang dilakukan oleh seseorang bisa terjadi mulai dari tingkat kesengajaan yang rendah artinya tindakan komunikasi yang tidak direncanakan (apa saja yang akan dikatakan atau apa saja yang akan dilakukan secara rinci dan detail) sampai pada tindakan komunikasi yang betul-betul disengaja (pihak komunikasn mengharapkan respons dan berharap tujuannya tercapai). Perawat yang akan melakukan komunikasi dengan klien sudah merencanakan cara-cara yang akan dilakukan atau hal-hal yang akan dikomunikasikan kepada klien. Perawat harus mempersiapkan materi yang akan disampaikan dengan matang, bila perlu membuka buku tentang apa yang akan disampaikan. Untuk itu dibutuhkan strategi pelaksanaan komunikasi yang baik. Strategi pelaksanaan komunikasi ini merupakan pendamping saat berkomunikasi dengan klien. Dengan strategi ini menuntun dan memberi petunjuk, serta mengarahkan perkataan apa saja yang akan disampaikan kepada klien. Apa yang akan disampaikan sebelumnya sudah terekam pada ruang penyimpanan di otak. Hal ini menghindari bias saat berkomunikasi.¹⁶

c. Komunikasi terjadi dalam konteks topik, ruang, dan waktu.

Saat berkomunikasi perawat harus memilih topik yang dibutuhkan klien sesuai dengan keluhan yang dirasakan atau masalah klien. Perlu diperhatikan bahwa klien itu unik karena perbedaannya. Oleh

karena itu, perawat harus mampu beradaptasi dengan keunikannya. Perawat harus memprediksi dan menentukan isi pesan apa yang akan disampaikan. Isi pesan yang akan disampaikan harus dapat memberi efek terapeutik bagi klien. Disamping itu, pesan komunikasi yang dikirimkan oleh pihak komunikan baik secara verbal maupun non-verbal juga harus disesuaikan dengan tempat dimana proses komunikasi itu berlangsung, kepada siapa pesan itu dikirimkan, dan kapan komunikasi itu berlangsung. Perawat harus membuat kontrak pertemuan dengan klien terutama kapan dan dimana pertemuan tersebut dilaksanakan sehingga diharapkan komunikasi yang berlangsung sesuai dengan waktu yang ditentukan dan materi/topik yang akan dibicarakan atau disampaikan sesuai dengan tempat yang telah disepakati. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat dan akan meningkatkan hubungan saling percaya antara klien dan perawat.¹⁶

d. Komunikasi memperhatikan kerangka dalam pengalaman klien.

Tingkat retensi atas pengetahuan yang diterima peserta komunikasi memberikan gambaran seberapa jauh pesan yang disampaikan diterima dan dipahami oleh peserta komunikasi. Harapan kerangka pengalaman kedua belah pihak memiliki kemiripan yaitu agar tujuan penyampaian pesan terlaksana dengan baik. Oleh karena itu, seseorang yang akan menyampaikan pesan perlu melihat hal-hal berikut ini.¹⁶

- 1) Latar belakang budaya
- 2) Bahasa
- 3) Agama
- 4) Tingkat pendidikan
- 5) Kemampuan kognitif
- 6) Termasuk didalamnya kemampuan psikologi dari lawan bicara.

Hal ini dilakukan dalam rangka menyelaraskan dan menyeimbangkan kebutuhan akan pesan dengan demikian memberikan tolak ukur kapasitas pesan yang akan disampaikan. Tampak sekali bila kerangka pengalaman peserta komunikasi tidak memadai dengan ditunjukkannya wajah yang melamun, suasana yang sunyi senyap, dan tanpa ada tanggapan baik verbal maupun non-verbal. Dalam proses komunikasi, perawat harus melihat kondisi emosional dari klien/perawat sehingga dalam berkomunikasi perawat mampu menempatkan diri dalam berinteraksi. Menempatkan diri pada emosi klien tersebut dalam proses komunikasi disebut sebagai empati. Tidak dapat dibayangkan jika orang-orang melakukan tindakan komunikasi diluar norma yang berlaku di masyarakat. Jika kita tersenyum, maka kita dapat memprediksi bahwa pihak penerima akan membalas dengan senyuman. Jika kita menyapa seseorang maka orang tersebut akan membalas sapaan kita. Prediksi seperti itu akan

membuat seseorang menjadi tenang dalam melakukan proses komunikasi.¹⁶

- e. Komunikasi memerlukan keterlibatan maksimal dari klien dan keluarga

Dalam proses komunikasi antara perawat dan klien/keluarga akan terjadi proses transformasi, ada diskusi yang saling mengisi dan menerima, untuk perawat harus memperhatikan latar belakang yang dimiliki klien/keluarga tersebut agar pesan yang disampaikan mampu memberikan efek terapeutik bagi klien/keluarga. dalam proses diskusi tersebut harus ada keputusan yang disepakati, baik menolak maupun menerima, yang dituangkan dengan pembuatan *Informed Consent*. Perawat harus mengarahkan pesan tersebut agar pada kondisi pesan yang bersifat *Coercion* yaitu pesan yang bersifat instruksi yang mengikat, namun tetap harus memperhatikan kapasitas dan kemampuan dari klien/keluarga harapan dari instruksi yang mengikat tersebut adalah supaya klien mengikuti pesan tersebut, karena pesan itu memang harus diikuti oleh keluarga/klien dalam upaya mempercepat proses penyembuhan. Untuk itu perawat harus menampilkan kesungguhan dari perawat dimana pesan verbal sesuai dengan pesan non-verbal atau pesan yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan klien.¹⁶

f. Keluhan utama sebagai pijakan pertama dalam komunikasi

Konsep Triple N (Nanda Nic dan Noc) merupakan aplikasi bagaimana pentingnya keluhan utama dalam menentukan diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan kriteria evaluasi yang dilaksanakan bersama-sama untuk memperoleh gambaran yang signifikan dalam pelaksanaan proses keperawatan. Kesamaan diagnosis, intervensi, dan implementasi akan sangat terlihat apabila perawat menggunakan keluhan utama sebagai pijakan untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Melalui penelusuran yang diawali dari keluhan utama dan selanjutnya perawat melaksanakan penelusuran dengan melihat kelompok diagnosis keperawatan yang ada hubungannya dengan keluhan utama tersebut yang selanjutnya melakukan konfrontasi dengan data tambahan yang menyertai keluhan utama tersebut sehingga ditentukan diagnosis keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan perlu kiranya untuk melihat pengelompokan dari kriteria hasil yang dijadikan rujukan dalam menentukan rencana tindakan keperawatan.¹⁶

7. Tahap Komunikasi Terapeutik

a. Tahap Pra Interaksi

Pada tahap ini disebut juga tahap apersepsi dimana perawat menggali dulu kemampuan yang dimiliki sebelum kontak/berhubungan dengan klien, termasuk kondisi kecemasan

yang menyelimuti pada diri perawat. Sehingga pada tahap prainteraksi ada dua unsur yang perlu dipersiapkan dan dipelajari yaitu unsur diri sendiri dan unsur dari klien.¹⁰ Hal-hal yang dipelajari dari diri sendiri antara lain:

- 1) Pengetahuan yang dimiliki yang terkait dengan penyakit dan masalah klien.

Pengetahuan yang dimiliki perawat akan kondisi klien dipakai bekal dalam berinteraksi, sehingga ketika perawat belum menguasai penyakit dan keluhan klien, maka perawat perlu belajar dulu atau diskusi dengan teman sejawat, atasan maupun dengan yang lainnya sehingga ketika perawat hadir fisik dihadapan klien perawat sudah siap untuk berinteraksi. Penguasaan materi yang akan didiskusikan mutlak sangat diperlukan dalam berdiskusi dengan klien.¹⁰

- 2) Kecemasan dan kekalutan diri

Kecemasan yang dialami seseorang dapat memengaruhi interaksinya dengan orang lain. Konsentrasi menjadi pecah, tidak mampu memfokuskan diri pada pembicaraan yang aktual serta tidak mampu mengendalikan diri. Untuk itu perawat sebelum berinteraksi dengan klien harus mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasan. Kecemasan yang dialami oleh perawat mengakibatkan perawat tidak mampu mendengarkan keluhan yang utarakan klien dengan baik. Hal

ini merupakan persyaratan yang mutlak untuk dapat mengerti keluhan klien. Oleh karena penggunaan *active listening* sangat dibutuhkan untuk mengerti keluhan klien. Perasaan-perasaan negatif yang sering timbul saat akan berkomunikasi dengan klien antara lain ditolak klien, ragu akan kemampuan yang dimiliki, ragu akan menanggapi respons klien, tidak terbangunnya hubungan rasa percaya, dan kesulitan untuk memulai pembicaraan. Demikian juga kekalutan pada diri sendiri seperti masalah pribadi yang akan mengganggu konsentrasi dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang sedang dijalankan. Perawat harus mampu membedakan masalah pribadi dan menjalankan profesi. Ketika berada dalam lingkungan pelayanan keperawatan, tentunya masalah pribadi dikesampingkan seakan-akan tidak pernah terjadi sehingga pada saat menjalankan profesinya sebagai perawat mampu berkonsentrasi dengan baik. Disamping itu perawat perlu mendefinisikan harapan yang ditentukan sesuai dengan keadaan klien. Harapan perawat terhadap klien disesuaikan dengan harapan klien itu sendiri, dengan demikian, harapan yang akan ditentukan sesuai dengan tujuan tindakan keperawatan yang memenuhi kriteria *Nursing Outcome Clasification*.¹⁰

3) Analisis kekuatan diri

Dalam diri seseorang terdapat kelebihan dan kekurangan. Sebelum kontak dengan klien, perawat perlu menganalisis kelemahannya dan menggunakan kekuatannya untuk berinteraksi dengan klien. Analisis kekuatan diri dalam konteks berkomunikasi dengan orang lain terutama pada aspek kekuatan mental. Pada diri dengan mudah terpengaruh ataupun mudah emosional akan memengaruhi proses komunikasi dengan mudah marah, maka perawat akan mudah kehilangan kendali ketika ada klien yang rewel, tujuan perawatan sulit tercapai ataupun suasana keakraban antar perawat dan petugas lainnya terganggu. Demikian juga pada diri yang gampang terpengaruh oleh suatu keadaan, maka akan mudah bersikap simpati dari pada empati, padahal perawat sedapat mungkin tidak diperbolehkan bersimpati pada klien, dan cukup berempati saja. Ada istilah kalah sebelum bertanding yang menggambarkan seakan-akan sudah tidak ada yang diperbuat lagi ketika berhadapan dengan orang.¹⁰

4) Waktu pertemuan baik saat pertemuan maupun lama pertemuan

Perawat sebelum bertemu dengan klien perlu menentukan kapan waktu yang tepat untuk melakukan pertemuan atau berkomunikasi dengan klien. Perawat harus menentukan *timing*

yang tepat saat pertemuan, perawat harus tahu kebiasaan dan jadwal istirahat klien. Saat klien melakukan kegiatan tidak patutlah perawat memotong kegiatannya dan mengajak diskusi, tentunya perawat harus menunggu sampai klien menyelesaikan kegiatannya dan saat santai baru mengajak klien berdiskusi atau memulai pertemuan yang tentunya dimulai dengan menentukan dulu kapan pertemuan bisa dimulai (kontak pertemuan). Demikian juga dengan kebiasaan istirahat yang dilakukan klien, perawat harus mampu mengondisikan, jangan sampai saat klien memulai tidur, perawat mengajak pertemuan, hal ini akan mengganggu kebutuhan dasar akan istirahat tidur. Lama pertemuan juga perlu dipertimbangkan agar klien tidak jenuh dalam diskusi, biasanya lama diskusi 20-30 menit kecuali dengan tindakan keperawatan.¹⁰

b. Tahap perkenalan

Tahap perkenalan ini, perawat memulai kegiatan pertama kali dimana perawat bertemu pertama kali dengan klien. Kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri pada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya. Dalam hal ini berarti perawat sudah siap sedia untuk memberikan pelayanan keperawatan pada klien. Dengan memperkenalkan dirinya, perawat telah bersikap terbuka pada klien dan ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya. Pentingnya

memperkenalkan diri adalah menghindari kecurigaan klien dan keluarga terhadap petugas yang merawat, memecahkan kebuntuan hubungan yang terapeutik serta membangun hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan suatu hubungan terapeutik. Perawat menjadi rujukan pertama untuk mengutarakan keluhan yang dirasakan, sehingga klien mau membuka diri. Dari keterbukaan tersebut akan memudahkan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Tugas perawat pada tahap pengenalan adalah pertama, membina hubungan saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Oleh karena itu untuk mempertahankan dan memelihara hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien. Kedua, memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respons klien dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Perawat dituntut mampu membuat suasana tidak terlalu formal sehingga suasana tidak terkesan tegang dan tidak bersifat mengintrogasi. Lingkungan yang kondusif membantu klien bisa berfikir jernih dan mengutarakan keluhan yang diderita secara terbuka, lengkap, sistematis, dan objektif.¹⁰

c. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi ini, perawat menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain untuk memperkuat perumusan diagnosis keperawatan. Tujuan pada tahap ini untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi tindakan yang lalu. Maka dari itu perawat perlu *active listening* untuk mengumpulkan data tersebut. perawat harus menyimak dengan benar dan teliti apa yang telah diungkapkan klien maupun menyimak data melalui studi dokumentasi yang telah ada. Perawat harus mengetahui masalah keperawatan yang terdapat pada diri klien yang diperoleh dari timbulnya tanda dan gejala dari keluhan yang dirasakan melalui studi dokumentasi, observasi, wawancara maupun dari pemeriksaan fisik. Dari data yang diperoleh akan disusun rencana tindakan keperawatan serta implementasi yang akan dikerjakan pada fase/tahap kerja. Pada tahap orientasi ini perawat dituntut memiliki *skill* yang tinggi dalam menstimulasikan klien maupun keluarga agar mampu mengungkapkan keluhan yang dirasakan secara lengkap dan sistematis serta objektif.¹⁰

d. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi. Perawat menolong klien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri dan

mengembangkan mekanisme koping konstruktif. Kecemasan yang menimpa klien kebanyakan dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada fase kerja. Mengingat pentingnya tindakan keperawatan dalam rangka proses kesembuhan klien, maka hal tersebut tidak bisa dihindari, namun, disikapi dan diterima sebagai hal yang terbaik untuk klien. Bagaimanapun juga, bila tindakan keperawatan yang dilakukan perawat tidak mendapat persetujuan klien, maka tindakan tersebut tidak dapat dilakukan. Harus ada persamaan persepsi, persamaan ide dan pikiran antara klien dan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan akhir dari pelayanan akhir yaitu mempercepat proses kesembuhan, sehingga sangat diperlukan adanya kemandirian sikap dari klien dalam mengambil keputusan. Bahwa proses kesembuhan bukan merupakan tanggung jawab pribadi perawat, namun klien juga mempunyai tanggung jawab. Kegagalan pada tahap kerja akan berdampak pada kegagalan tujuan yang ingin dicapai. Tahap kerja ini merupakan tahap yang terpenting dalam mencapai tujuan. Pada tahap kerja ini perawat dituntut *profesional skill* untuk mengurangi sifat defensif dan isolasi sosial dari klien. Kepercayaan diri dan keluwesan berkomunikasi dari perawat sangat memengaruhi dalam menjalankan *profesional skill*-nya, ketika perawat ragu diharapkan tidak menjalankan perawat itu,

karena dalam menjalankan *profesional skill* juga memerlukan suasana psikologis yang menunjang.¹⁰

e. Tahap terminasi

Merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dalam menjalankan tindakan keperawatan serta mengakhiri interasinya dengan klien. Dengan dilakukan terminasi, klien menerima kondisi perpisahan tanpa menjadi regresi (putus asa) serta menghindari kecemasan. Terminasi dilakukan agar klien menyadari bahwa ada pertemuan ada pula perpisahan, dimana hubungan yang dibangun sebatas hubungan perawat dan klien. Perawat harus mampu menghadirkan realitas perpisahan. Perawat harus dapat menghidarkan diri dari perbuatan melanggar batas, dimana hubungan yang dibangun secara profesional berubah menjadi hubungan pribadi. Kegiatan yang dilakukan perawat adalah mengevaluasi seputar hasil kegiatan yang dilakukan sebagai dasar untuk tindak lanjut yang akan datang. Untuk itu kegiatan pada tahap terminasi merupakan kegiatan yang tepat untuk mengubah perasaan dan memori serta untuk mengevaluasi kemajuan klien dan tujuan yang telah dicapai. Dalam hubungan perawat dan klien terdapat dua terminasi yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara dilakukan bila perawat mengakhiri tindakan keperawatan, masa tugas berakhir atau operan dengan teman sejawat dalam rangka untuk peralihan tugas. Sedangkan

terminasi akhir dilakukan bila klien akan meninggalkan rumah sakit karena sudah sembuh atau pindah ke rumah sakit lain dengan memberikan *Discharge Planning* yaitu memberikan pesan-pesan pokok yang perlu dilakukan oleh klien untuk ditindaklanjuti di rumah atau ditempat yang lain.¹⁰

Kegiatan yang dilakukan pada tahap terminasi, antara lain:

- 1) Evaluasi subjektif, kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi suasana hati setelah terjadi interaksi dengan klien. Evaluasi subjektif mencakup evaluasi tentang perasaan-perasaan yang menyelimuti hatinya saat terjadi proses interaksi perawat dan klien, agar perawat mengevaluasi dirinya sendiri untuk dipakai sebagai acuan dalam proses interaksi selanjutnya.

Contoh: “*bagaimana perasaan ibu setelah pertemuan ini?*”¹⁰

- 2) Evaluasi objektif, kegiatan yang dilakukan untuk mengevaluasi respons objektif terhadap hasil yang diharapkan dari keluhan yang dirasakan, apakah ada kemajuan atau sebaliknya.¹⁰

8. Teknik Komunikasi Terapeutik

dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien, perawat dapat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut:¹⁰

a. Mendengar (*Listening*)

Merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar perawat mengetahui perasaan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk bicara.¹⁰

b. Pertanyaan Terbuka (*Broad Opening*)

Memberi kesempatan untuk memilih, contoh “apakah yang sedang saudara pikirkan?”, “apa yang akan kita bicarakan hari ini?” beri dorongan dengan cara mendengar atau mengatakan, “saya mengerti” atau “ohh....”.¹⁰

c. Mengulang (*Restarting*)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien.¹⁰

d. Klarifikasi

Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien berhenti karena malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah. Contoh, “dapatkah anda menjelaskan kembali tentang ...?” gunanya untuk kejelasan dan kesamaan ide, persamaan dan persepsi perawat-klien.¹⁰

e. Refleksi

Refleksi isi, memvalidasi apa yang di dengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat. Refleksi perasaan, memberi respons pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya. Gunanya untuk, mengetahui dan menerima ide dan perasaan mengoreksi memberi memberi keterangan lebih jelas. Kerugiannya adalah mengulang

terlalu sering tema yang sama dapat menimbulkan marah, iritasi dan frustrasi.

f. Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realita.

Contoh :

Klien : “wanita sering jadi bulan-bulanan.”

Perawat : “coba ceritakan bagaimana perasaan anda sebagai wanita.”

g. Membagi Persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi. Contoh: “Anda tertawa, tetapi saya rasa anda marah kepada saya.”

h. Identifikasi Tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.

Misalnya: Saya liah dari semua keterangan yang Anda jelaskan, Anda telah disakiti. Apakah ini latar belakang masalahnya?

i. Diam (*silence*)

Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya untuk memberi kesempatan berfikir dan memotivasi klien untuk bicara. Pada klien yang menarik diri, teknik diam berarti perawat menerima klien.

j. Informing

Memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan

k. Saran

Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah. Tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan.

Perawat perlu menganalisa teknik komunikasi yang tepat setiap kali ia berhubungan dengan klien. Melalui komunikasi verbal, dapat disampaikan informasi yang akurat tetapi aspek emosi dan perasaan tidak dapat diungkapkan seluruhnya secara verbal. Dengan mengerti proses komunikasi dan menguasai berbagai keterampilan berkomunikasi, diharapkan perawat dapat memakai dirinya secara utuh (verbal dan non verbal) untuk memberi efek terapeutik kepada klien.

9. Faktor-Faktor Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:¹⁶

a. Pendidikan

semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima informasi,

b. Lama bekerja

semakin lama bekerja semakin banyak pengalaman dalam berkomunikasi,

c. Pengetahuan

semakin banyak pengetahuan yang didapat dari proses belajar, semakin banyak keterampilan yang didapat dalam berkomunikasi,

d. Sikap

apa yang diperlihatkan dari sikap akan berpengaruh terhadap komunikasi yang dilakukan,

e. Kondisi psikologis

Dibutuhkan kondisi psikologis yang baik untuk menjadikan komunikasi bersifat terapeutik,

f. Situasi/suasana

Situasi/suasana yang hiruk pikuk atau penuh kebisangan akan mempengaruhi baik/tidaknya pesan diterima oleh komunikan, suara bising yang diterima komunikan saat proses komunikasi berlangsung membuat pesan tidak jelas, kabur, bahkan sulit diterima. Oleh karena itu, sebelum proses komunikasi dilaksanakan, lingkungan harus diciptakan sedemikian rupa supaya tenang dan nyaman. Komunikasi yang berlangsung dan dilakukan pada waktu yang kurang tepat mungkin diterima dengan kurang tepat pula. Misalnya, apabila perawat memberikan penjelasan kepada orang tua tentang cara menjaga kesterilan luka pada saat orang tua sedang sedih, tentu saja pesan tersebut kurang diterima

dengan baik oleh orang tua karena perhatian orang tua tidak berfokus pada pesan yang disampaikan perawat, melainkan pada perasaan sedihnya,

g. Kejelasan pesan

Kejelasan pesan akan sangat mempengaruhi keefektifan komunikasi. Pesan yang kurang jelas dapat ditafsirkan berbeda oleh komunikan sehingga antara komunikan dan komunikator dapat berbeda persepsi tentang pesan yang disampaikan. Hal ini akan sangat mempengaruhi pencapaian tujuan komunikasi yang dijalankan. Oleh karena itu, komunikator harus memahami pesan sebelum menyampaikannya pada komunikan, dapat dimengerti komunikan dan menggunakan artikulasi dan kalimat yang jelas.

10. Cara Mencapai Kondisi Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa cara untuk mencapai kondisi komunikasi terapeutik. Kondisi komunikasi terapeutik akan tercapai apabila perawat menggunakan sarana dengan memanfaatkan dimensi respons dan dimensi tindakan.¹⁶

a. Dimensi tindakan

Dimensi ini termasuk konfrontasi, kesegaran, pengungkapan diri perawat, katarsis emosional, dan bermain peran. Dimensi ini harus diimplementasikan dalam konteks kehangatan, dan pengertian yang dibentuk oleh dimensi responsif.¹⁶

1) Konfrontasi

Merupakan pengekspresian perawat terhadap perilaku klien yang merusak agar klien sadar akan perilakunya guna memperluas kesadaran diri klien. Perawat perlu menanyakan kembali mengapa ada perilaku yang merusak/destruktif pada diri klien agar klien menyadari bahwa perilaku yang baru dilakukan tadi merugikan baik diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Konfrontasi dilakukan apabila terdapat tingkah laku tidak produktif, tingkah lakunya merusak, dan ketika mereka melanggar hak kita/hak orang lain. Tujuan konfrontasi yang dilakukan adalah agar orang lain sadar adanya ketidaksesuaian pada dirinya dalam hal perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan.¹⁶

Cara-cara untuk mengonfrontasi adalah sebagai berikut.

a) Membuat sesuatu lebih jelas

Saat klien mengekspresikan sebuah kejelasannya terkadang sulit untuk dimengerti, karena apa yang diperbuat klien, tidak biasa ia perbuat. Agar ia menyadari bahwa apa yang diperbuat itu merupakan sesuatu yang kurang tepat dan tidak sesuai dengan harapan, maka keadaan yang kurang baik itu diperjelas lagi. Kejelasan situasi akan membuat hubungan menjadi bermakna dan lebih terbuka.

Contoh: “Saya melihat wajah ibu tampak murung dan kelihatan gelisah, apa yang membuat Ibu tidak nyaman?”¹⁶

- b) Menginterpretasikan opini dengan kata-kata yang lebih jelas.

Suasana yang kurang nyaman pada diri klien juga tidak disadari oleh klien sendiri. Kegaduhan saat keluarga berkunjung atau kotoran yang berserakan disekitar klien akibat adanya pengunjung yang kurang menaati kebersihan, membuat suasana kurang nyaman. Hal ini akan memicu adanya ketenangan klien dan terjadi transmisi infeksi pada klien. Untuk itu perawat dalam melihat keadaan seperti itu perlu tindakan segera mengingatkan keluarga klien dengan mengatakan sesuatu yang idealis tanpa memarahi. Agar keluarga klien menyadari kekeliruannya atas kesalahannya, maka perawat perlu mengatakan sesuatu yang benar menurut yang ia yakini tanpa menyalahi pihak lain.

Contoh: “keluarga ibu yang sakit tidak akan bisa istirahat apabila Bapak/Ibu ramai atau gaduh.”

“penyakit keluarga Bapak/Ibu tak akan kunjung sembuh apabila disekitarnya banyak sampah, karena hal tersebut membuat terjadi infeksi silang atau perpindahan kuman dari penyakit lain.”¹⁶

c) Minta untuk bertindak dan berperilaku yang asertif.

Adanya suasana yang kurang nyaman dengan adanya suasana gaduh dan kebersihan lantai yang kurang tersebut, perawat bisa dengan meminta pada keluarga untuk bertindak yang positif atau bertindak arif dan bijaksana, karena apa yang diminta oleh perawat sebenarnya untuk kepentingan klien. Contoh: “Saya lebih senang suasana di ruangan ini menjadi lebih tenang, dengan demikian klien bisa istirahat atau kebutuhan istirahat klien bisa tercukupi.”
 “Dirumah sakit selalu memerlukan lantai yang bersih, dengan demikian tidak ada perpindahan infeksi.”¹⁶

d) Memberikan harapan, kepercayaan, dan dukungan.

Kata-kata yang bisa membangkitkan semangat klien akan memotivasi klien untuk berbuat lebih baik lagi. Untuk itu perawat seharusnya jangan segan-segan memberikan penguatan positif atas hal-hal yang mampu dikerjakan klien maupun keluarga dengan benar. Apa yang dilakukan benar oleh klien maupun keluarga, perawat semestinya selalu merespons positif dan bukan sebaliknya atau meremehkan apa yang telah klien maupun keluarga perbuat.

Contoh: “Saya hari ini senang sekali melihat Ibu sudah bisa latihan duduk.”

“Dengan kondisi lantai yang tampak bersih, saya yakin penyakit keluarga Ibu cepat sembuh karena tidak ada lagi sumber infeksi akibat adanya sampah.”

“Saya akan lebih konsentrasi lagi karena suasana sekarang lebih tenang.”¹⁶

2) Kesegaraan.

Kesegaraan adalah merespon apa yang terjadi antara perawat dan klien saat itu dan di tempat itu.¹⁶

3) Membuka diri

Makna membuka diri pada perawat adalah memberikan pengharapan yang lebih besar dan mengurangi kecemasan klien sehingga pencapaian rehidrasi sesuai dengan harapan klien dan perawat. Membuka diri tampak ketika perawat memberikan informasi tentang diri, ide, nilai, perasaan dan sikapnya sendiri untuk memfasilitasi kerja sama, proses belajar, katarsis, atau dukungan klien.¹⁶

4) Katarsis emosional

Dalam hal ini perawat harus dapat mengkaji kesiapan klien untuk mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesulitan untuk mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien. Untuk itu teknik komunikasi yang tepat dilakukan dengan menggunakan *broad opening* atau

pertanyaan terbuka sehingga klien mampu mengekspresikan keluhannya secara alami dan sistematis. Contoh: “apa yang dirasakan Ibu hari ini?”¹⁶

5) Bermain peran

Membangkitkan situasi tertentu untuk meningkatkan penghayatan klien kedalam hubungan antar manusia dan memperdalam kemampuannya untuk melihat situasi dari sudut pandang lain dan juga memperkenalkan klien untuk mencoba situasi baru dalam lingkungan yang aman.¹⁶

b. Dimensi Respons

1) Kesejatian/keikhlasan

Saat memberikan pelayanan keperawatan/kesehatan seharusnya menghilangkan perasaan-perasaan tertentu (tanpa pamrih), yang ada hanya bagaimana memberikan pelayanan yang baik dan murni berdasarkan apa yang dilihat, persepsi, dan intuisi untuk mempercepat kesembuhan. Perawat harus mampu meninggalkan sikap berpura-pura serta mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan. Bekerja dengan ikhlas merupakan kegiatan yang dilandasi sikap jujur, tulus dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien. Dengan demikian melaksanakan tindakan keperawatan harus dilandasi dengan sikap tulus dan jujur serta selalu aktif dalam memberikan pelayanan keperawatan selagi klien

membutuhkan, dengan harapan keluhan yang dirasakan klien secepat mungkin dikurangi sehingga akan mempercepat kesembuhan.¹⁶

Selain itu, kesejatan juga dipengaruhi oleh kepercayaan diri. dengan kepercayaan diri orang mampu menunjukkan kesejatiannya walaupun dalam kondisi yang tak nyaman, tetapi biasanya beresiko karena ada situasi yang menutupi kelemahannya. Waktu yang kurang cukup juga mengakibatkan seorang tidak mampu menunjukan kesejatiannya karena tergesa-gesa yang disebabkan oleh dikejar-kejarnya waktu. Apa yang disampaikan menjadi tidak lengkap dan tidak menutup kemungkinan menjadi bias. Tingkat profesionalitas dalam menjalankan profesinya sangat diuji dalam ranah kesejatan/keikhlasan ini karena perawat harus mampu menjaga *image* profesi perawat daripada perasaan pribadi. Kesejatan/keikhlasan ditunjukan dengan adanya kesamaan antara verbal dan nonverbal.¹⁶

2) Respek/hormat

Merupakan sikap yang peduli dan menghargai terhadap semua kebutuhan klien. Sikap peduli ditujukan dengan selalu memperhatikan keluhan klien yang dipahami sebagai hal yang unik tetapi menarik, dengan prinsip perawat memang bekerja untuk mempercepat kesembuhan klien dengan selalu siap sedia

untuk melayani klien. Apapun sikap yang ditampilkan klien, perawat selalu tersenyum dan bersemangat, menampakkan kesiapsediaan dan selalu bergerak ke arah klien serta tidak pernah mengeluh dengan selalu melakukan pendekatan dalam rangka menyelesaikan masalah klien. Nilai esensial dari perilaku yang ditampilkan klien diterjemahkan perawat sebagai nilai berharga untuk dijadikan bekal dalam menjalankan proses keperawatan. Respek yang ditunjukkan berarti perawat menerima klien tanpa syarat.¹⁶

3) Konkret

Perawat menggunakan istilah yang spesifik dan bukan abstrak pada saat berdiskusi dengan klien mengenai perasaan, pengalaman dan tingkah laku. Klien mengutarakan keluhan utamanya dengan harapan cepat mendapatkan penanganan. Kita tidak dapat membayangkan bagaimana seandainya justru perawat saat pengkajian selalu mendominasi komunikasi sehingga klien terkesan dengan jawaban *Yes or No Question*. Yang terjadi pastilah semua jawaban klien kurang akurat, bisa saja semestinya jawabannya *tidak* dijawab *ya* atau sebaliknya dan hal tersebut bukan merupakan masalah yang sebenarnya. Konkret menginginkan jawaban yang sebenarnya. Dengan berespon secara konkret, perawat dapat mendorong klien untuk lebih fokus pada masalah yang dihadapi. Hal ini terjadi karena

respon yang konkret dari perawat menumbuhkan rasa percaya klien sehingga klien mau dan mampu mengungkapkan perasaannya.¹⁶

4) Empati

Menunjukan respons empati kepada klien saat perawat dalam masalah pribadinya kemungkinan sulit dilakukan apabila perawat tidak mampu menyingkirkan perasaan yang menggangukannya sehingga diperlukan kiat-kiat untuk menunjukan respons empati, antara lain:¹⁶

- a) Mengosongkan pikiran yang menggangukannya termasuk sentimen pribadi
- b) Mau mendengarkan dengan penuh perhatian
- c) Menghormati klien mengungkapkan perasaannya
- d) Bicara dengan nada suara yang lembut
- e) Memperhatikan aspek lingkungan sekitar
- f) Menempatkan respon klien berupa reaksi dan bukan aksi

Dengan respons empati, klien dan keluarga merasa dihargai dan diperhatikan untuk mencapai kondisi emosi yang stabil.¹⁶

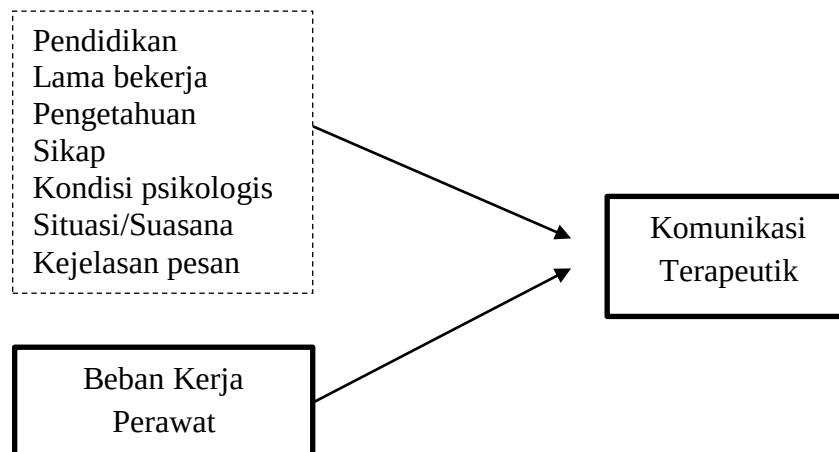
11. Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik

Telah diketahui bahwa perawat merupakan salah satu pekerjaan dengan beban kerja yang tinggi dengan jam kerja yang panjang. Beban kerja yang tinggi dan jam kerja yang panjang ini akan membuat perawat rentan mengalami stress. Seorang perawat yang mengalami stress dan cemas saat berinteraksi akan tampak dalam ekspresi wajah dan perilakunya. Stress mengakibatkan perawat tidak mampu berkonsentrasi sehingga fokus menjadi terpecah serta tidak mampu mengendalikan diri, serta mengakibatkan perawat tidak mampu mendengarkan keluhan yang diutarakan pasien dengan baik. Sedangkan mendengarkan dengan baik merupakan salah satu teknik komunikasi terapeutik yang harus dilakukan perawat saat berkomunikasi dengan klien.¹⁵

C. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian diatas, maka kerangka teori penelitian ini dapat dibuat bagan seperti berikut dibawah ini:

Faktor- faktor yang mempengaruhi Komunikasi Terapeutik



Bagan 2.1
Kerangka Teori.^{16,3}

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik kuantitatif, penelitian kuantitatif merupakan upaya menemukan pengetahuan menggunakan data berupa angka. Data berupa angka yang diperoleh, kemudian digunakan sebagai alat untuk menganalisis, mencari hasil dari objek yang diteliti.¹⁷ Alasan menggunakan desain ini karena pada penelitian ini peneliti mencoba untuk menganalisis hubungan antara beban kerja dengan komunikasi terapeutik. Yang mana beban kerja adalah sebagai variabel independen dan komunikasi terapeutik adalah sebagai variabel dependen.

Dengan memperhitungkan jumlah sampel yang akan diteliti dalam penelitian ini menggunakan pendekatan dengan jenis *Cross Sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Artinya, sikap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Dalam penelitian ini akan mempelajari hubungan beban kerja dengan komunikasi terapeutik.¹⁸

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti.¹⁷



Bagan 3.1

Kerangka Konsep

C. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang diduga sebagai faktor yang mempengaruhi variabel dependen.¹⁷ Variabel independen pada penelitian ini adalah Beban Kerja.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel respon yang artinya variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel-variabel independen. Variabel terikat merupakan faktor yang diamati dan diukur

untuk menentukan ada tidaknya variabel bebas.¹⁷ Variabel dependen pada penelitian ini adalah komunikasi Terapeutik.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional, merupakan variabel operasional yang dilakukan penelitian berdasarkan karakteristik yang diamati. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter ukuran dalam penelitian. Definisi operasional mengungkapkan variabel dari skala pengukuran masing-masing variabel tersebut. Pemaparan yang disampaikan harus spesifik, tegas, rinci dan menggambarkan variabel penelitian yang penting.¹⁷

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Beban Kerja	Beban kerja adalah suatu kegiatan atau pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (perawat) untuk melakukan	Kuisisioner	Kuisisioner terdiri dari 20 item pertanyaan. Menggunakan skala likert dengan nilai selalu : skor 4	1. Tinggi jika skor $\geq$ mean/ median. 2. Rendah jika skor $<$ mean / median.	Ordinal

	pelayanan kesehatan dalam waktu tertentu.		sering : skor 3 jarang : skor 2 tidak pernah : skor 1		
Komunikasi Terapeutik	Komunikasi terapeutik adalah suatu pertukaran pikiran yang dilakukan oleh perawat dengan klien dalam rangka mencapai kesembuhan pasien.	Kuisisioner	Kuisisioner terdiri dari 20 item pertanyaan. Menggunakan skala likert dengan nilai selalu : skor 4 sering : skor 3 jarang : skor 2 tidak pernah : skor 1	1. Sering jika skor $\geq$ mean / median. 2. Jarang jika skor $<$ mean / median.	Ordinal

E. Hipotesis

Hipotesis dapat diartikan sebagai dugaan sementara. Setiap melakukan hipotesis, ada dua kemungkinan jawaban yang disimbolkan yaitu dengan simbol H_0 ¹⁸ berdasarkan kerangka konsep diatas, maka hipotesis dalam

penelitian ini adalah H_a : Ada hubungan antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019 dengan nilai $p\text{-value } 0,000 \leq 0,05$.

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang menjadi kuantitas dan karakter tertentu yang telah ditentukan peneliti untuk ditarik kesimpulan. Populasi dapat disimpulkan sebagai objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah yang telah memenuhi syarat penelitian.¹⁷

Populasi yang menjadi objek penelitian ini adalah perawat yang berdinasi di ruang Instalasi Gawat Darurat dengan jumlah 30 responden.

2. Sampel dan Teknik Sampling

a. Sampel

Sampel merupakan bagian jumlah dari populasi. Sampel dalam ilmu keperawatan ditentukan oleh sampel kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel kriteria inklusi merupakan kriteria yang menentukan subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi kriteria sampel. Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang menentukan subjek penelitian yang tidak dapat mewakili sebagai sampel. Kriteria eksklusi disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya yaitu tidak bersedia karena sikap yang tidak sesuai.¹⁷

Untuk mengetahui ukuran sampel dari populasi yang diketahui jumlahnya, peneliti menggunakan sampling jenuh atau total sampling. Total sampling adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang. Istilah lain sampel jenuh adalah sensus, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel.¹⁹

1) Dengan kriteria Inklusi :

- a) Perawat yang bertugas di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.
- b) Perawat yang bersedia menjadi responden penelitian.

2) Dan kriteria eksklusi :

- a) Perawat yang tidak bertugas di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor
- b) Perawat yang tidak bersedia menjadi responden penelitian.

b. Teknik Sampling

Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik sampling jenuh atau total sampling dimana jumlah sampel sama dengan populasi.¹⁷

G. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.

H. Waktu Penelitian

Waktu dalam penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 6 september sampai dengan tanggal 13 September Tahun 2019

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu mendapatkan adanya rekomendasi dari institusi atau pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi atau lembaga penelitian. Setelah peneliti dapat izin barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. Right to self determination

Menguraikan tentang bagaimana penggunaan *informed consent* atau lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti disertai judul penelitian. Bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak subjek.

2. Righ to privacy and dignity

Dalam etika penelitian ini, peneliti menyajikan responden bahwa apa yang akan disampaikan responden tidak akan diberitahukan kepada berbagai pihak halnya antara responden dan peneliti. Sebagai contoh dalam penulisan nama responden hanya menggunakan inisial saja. Agar responden lebih terbuka lagi dalam menjawab setiap pertanyaan yang diberikan. Sehingga hal yang diperlukan dalam penelitian lebih lengkap.

3. *Rigth to anonymity and dignity*

Untuk *confidentiality* atau kerahasiaan merupakan etika dalam penelitian ini. Kerahasiaan yang telah dikumpulkan akan dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian.

4. *Right to fair treatment*

Membahas bagaimana setiap individu mempunyai hak yang sama dalam penelitian dengan tetap menghormati persetujuan yang telah disepakati.

J. Alat dan Metode pengumpulan data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Dalam penelitian ini alat yang digunakan adalah kuesioner, yaitu sejumlah pertanyaan atau persyaratan tertulis yang dibaca dan dijawab oleh responden penelitian.¹⁸

Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan kuesioner langsung, kuesioner dikatakan langsung jika kuesioner tersebut dikirimkan dan diisi langsung oleh orang yang akan dimintai jawaban tentang dirinya. Sedangkan jika ditinjau dari segi cara menjawab maka kuesioner ini menggunakan kuesioner tertutup yaitu sejumlah pertanyaan atas pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari

responden dengan menyediakan jawaban sehingga responden tinggal memilih jawaban yang sudah ada.

Tabel 3.2

Kisi-Kisi Kuesioner

Variabel	Indikator	Nomor Soal	Jumlah Butir Soal
Beban Kerja Perawat	Target yang harus dicapai	1,2,4,7,19	5
	Kondisi Pekerjaan	5,8,10,12,13,16,17,18	8
	Standar Pekerjaan	3,6,9,11,14,15,20	7
Komunikasi Terapeutik	Tahap Perkenalan	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
	Tahap Orientasi	11,12,13	3
	Tahap Kerja	14,15,16,17	4
	Tahap Terminasi	18,19,20	3

2. Metode pengumpulan data

Instrument merupakan alat ukur untuk memperoleh/mengumpulkan data penelitian. Menurut jenisnya terdapat 3, yaitu melalui kuesioner, pengamatan, dan wawancara.²⁰ Pada penelitian ini data yang digunakan adalah primer dan sekunder. Jenis data primer diperoleh dari responden melalui kuesioner, kelompok fokus, dan panel, atau juga hasil dari

wawancara peneliti dengan narasumber. Data yang diperoleh dari data primer ini harus diolah lagi. Sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Sedangkan data sekunder adalah data yang didapat dari catatan, buku, majalah berupa laporan keuangan publikasi perusahaan, laporan pemerintah, artikel, buku-buku sebagai teori, majalah, dan lain sebagainya.²¹ Dalam penelitian teknik pengumpulan data dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

- a. Meminta surat permohonan izin penelitian mahasiswa dari ketua STIKes Wijaya Husada Bogor, ditujukan kepada Bagian Diklat Keperawatan Rumah Sakit PMI Bogor untuk mendapatkan surat izin penelitian.
- b. Surat izin penelitian dari Diklat Keperawatan Rumah Sakit PMI Bogor, disampaikan kepada Plt Direktur Rumah Sakit PMI Bogor untuk mendapatkan persetujuan lahan penelitian. Setelah diberikan izin, maka siap membagikan kuesioner kepada responden.
- c. Memberikan lembar persetujuan kepada perawat/responden yang berada di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor, dengan terlebih dahulu menerangkan maksud dan tujuan penelitian.
- d. Jika perawat/responden setuju maka diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- e. Melakukan pengumpulan data dengan kuesioner.
- f. Melakukan analisis data.

3. Uji Validitas dan Reliabilitas

- a. Uji validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dapat diperoleh oleh peneliti. Untuk mengukur validitas digunakan uji *Product Moment Pearson* sebagai berikut.¹⁸

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Keterangan:

r_{xy} = Koefisien korelasi Pearson antara item instrument yang akan digunakan dan variabel yang bersangkutan

X = skor item instrumen yang akan digunakan

Y = skor semua item instrumen dalam variabel tersebut

n = jumlah responden

untuk menguji keberartian koefisien r_{xy} valid atau tidak, dilakukan dengan membandingkan antara t_{hitung} dengan t_{tabel} dimana t_{hitung} dicari dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{(1-r^2)}}; \text{ dengan db} = n-2$$

Peneliti telah melakukan uji validitas di IGD RSUD Kota Bogor yang memiliki karakteristik sama dengan pengambilan sampel. Uji validitas ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* (r) dengan membandingkan antara skor nilai tiap item pertanyaan

dengan membandingkan antara skor total kuesioner. Dengan jumlah responden 15 perawat sehingga jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka hasil uji dikatakan valid, jika $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka hasil uji dikatakan tidak valid.

Dari hasil Uji Validitas beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik yang telah dilakukan oleh peneliti menunjukan bahwa dengan jumlah responden 15 perawat, menurut ketentuan menyatakan bahwa r tabel adalah 0,514. Dan dari data yang telah dilakukan pengodingan terdapat r hitung $> r$ tabel maka hasil uji dikatakan valid.

b. Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan upaya untuk menstabilkan dan melihat adakah konsistensi responden dalam menjawab pertanyaan, yang berkaitan dengan konstruksi dimensi variabel. Kontruksi dimensi ini bisa berupa kuesioner.¹⁸ Peneliti melakukan uji reliabilitaas menggunakan uji *Cronbach Alpha* dengan rumus sebagai berikut:

$$r \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r = koefisien *reliability* instrument (*cronbachalpha*)

k = banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$ = total varians butir

$$\sigma_t^2 = \text{total varians}$$

Peneliti telah melakukan uji validitas dengan didapatkan hasil uji realibilitas yaitu dari hasil uji reliabilitas terdapat *Cronbach Alpha* 0,957 dari 20 pertanyaan. Dan menurut ketentuan dikatakan bahwa nilai Cronbach Alpha adalah $> 0,6$ dan dari data yang telah dilakukan pengodingan oleh peneliti menunjukkan bahwa $0,957 > 0,6$ maka bisa dikatakan data tersebut reliabel.

K. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Metode pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Teknik pengolahan data memiliki beberapa tahap seperti:

a. *Editing*

Setelah pengumpulan data selesai, peneliti memeriksa kembali kelengkapan identitas dan memastikan semua jawaban telah terisi kembali kelengkapan identitas dan memastikan semua jawaban telah terisi dari kuisioner yang diisi oleh responden

b. *Scoring*

Penilaian dilakukan dengan pedoman nilai yang telah ditentukan sebelumnya

1= tidak pernah

2= jarang

3= sering

4= selalu

c. *Coding*

Semua jawaban dari responden dari kuisisioner diubah menjadi kode-kode yang memungkinkan peneliti lebih mudah menganalisa data.

- Beban Kerja

1. Beban Kerja Tinggi jika skor $\geq$ mean/ median.
2. Beban Kerja Rendah jika skor $<$ mean / median.

- Komunikasi Terapeutik

1. Komunikasi Terapeutik dikatakan Sering jika skor $\geq$ mean / median.
2. Komunikasi Terapeutik dikatakan Jarang jika skor $<$ mean / median.

d. *Processing*

Setelah semua kuesioner yang telah terisi penuh dan benar serta sudah melalui pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke SPSS. Selanjutnya dilakukan

e. *Tabulating*

Data yang telah diberi kode, disusun berurutan mulai dari responden pertama hingga responden terakhir. Kemudian dimasukan kedalam tabel sesuai dengan sub-variabel yang diteliti

f. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* untuk memastikan data sudah tidak ada kesalahan, baik dalam pemberian kode maupun pemberian skor data.²² Kemudian dilakukan pembetulan atau korelasi untuk selanjutnya dilakukan analisa data univariat dan bivariat yang telah ada dikomputer dengan bantuan program statistik SPSS versi 17.0.

2. Analisis data

Teknik analisa data yaitu untuk menjawab rumusan masalah atau menguji hipotesis yang telah dirumuskan dalam proposal. Untuk penelitian kuantitatif, maka teknik analisa data menggunakan metode statistik yang sudah tersedia.²¹ Tahap berikutnya yaitu menganaliss data. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik sebagai berikut:

a. Analisa Univariat

Analisis univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian.¹⁹ Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran menjadi informasi yang berguna dan pengolahan datanya hanya satu variabel saja sehingga

dinamakan univariat. Dalam penelitian ini analisis univariat yang dilakukan pada variabel independen yaitu beban kerja perawat dan variabel dependen yaitu komunikasi terapeutik. Dengan menggunakan rumus median yaitu sebagai berikut

1) Rumus median

Pertama data diurutkan dari nilai terkecil hingga nilai terbesar atau sebaliknya

$$x = \frac{n+1}{2}$$

keterangan:

x = median

n = banyaknya data

2) Presentase

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P= Presentase

F= Frekuensi

N= Jumlah objek

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan lebih dari dua variabel, berfungsi untuk mengetahui hubungan antar variabel.¹⁹ Pada tahap ini analisa bivariat dilakukan dengan menghubungkan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis yang dilakukan bertujuan untuk melihat ada hubungan yang memang bermakna secara statistik. Uji statistik yang digunakan adalah korelasi Kendal Tau. Pengujian ini digunakan untuk menguji dua variabel apakah ada hubungan atau tidak dengan jenis data ordinal dan tidak harus berdistribusi normal.¹⁹ Yaitu perhitungan rumus tersebut dilakukan dengan menggunakan aplikasi komputer.

$$\lambda = \frac{\sum A - \sum B}{n(n-1)}$$

2

Keterangan :

λ = koefisien korelasi Kendal Tau

A = jumlah rangking atas

B = jumlah rangking bawah

n = jumlah anggota sampel

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

a. Sejarah Tempat Penelitian

Berawal dari sebuah rumah sakit yang berdiri atas prakarsa kelompok sosial orang-orang belanda pada tahun 1931, dimana pada tahun 1938 pengelolaannya dilakukan oleh NERKAI (*Nederlanseh Rode Kruis Afdeling Van Indonesie*), dan diantara tahun 1942-1945 dikuasai oleh penguasa Jepang. Setelah Jepang kalah perang dan meninggalkan Indonesia, pengelolaan rumah sakit kembali dilakukan oleh NERKAI.⁷

Barulah pada tahun 1948, dihibahkan pengelolaannya kepada Pengurus Palang Merah Indonesia Cabang Bogor dan diberi nama Rumah Sakit Kedung Halang yang dipimpin oleh Dokter Respondek, hingga tahun 1951 diserahkan kepada Markas Besar Palang Merah Indonesia dan ditunjuk sebagai Rumah Sakit Umum serta berganti nama menjadi Rumah Sakit Umum Palang Merah Indonesia (RS PMI) Bogor.⁷

Untuk pengelolaannya, tahun 1964 dibentuk suatu Yayasan Rumah Sakit Umum PMI Bogor yang diketuai oleh Ibu Hartini Soekarna dan berinduk pada Markas Besar Palang Merah Indonesia Kemudian di tahun 1965 RS PMI Bogor bekerjasama dengan RS Cipto Mangunkusumo dengan cara memperbantukan tenaga medis dan paramedis RSCM di RS PMI Bogor.⁷

Tahun 1966 Yayasan Rumah Sakit PMI Bogor dibubarkan dengan sebelumnya telah meretorasi bangunan RSU PMI Bogor. Baru pada tahun 1970 RS PMI Bogor mendapatkan status Rumah sakit tipe C menurut standar hasil Workshop Hospital. Sejak saat itu RS PMI Bogor lebih berkiprah seperti pada tahun 1972, Poliklinik kebidanan ditunjuk sebagai pengelola Bank Darah dan Sekretariat Bank Mata, dan akhirnya pada tahun 1991, dinyatakan sebagai RS Swasta Tipe B.⁷

Pada tanggal 14 September 1994 dilakukan pemugaran RS PMI Bogor dengan ditandai acara peletakan batu pertama oleh Ibu Tien Soeharto. Dalam rangka meningkatkan pelayanan pada masyarakat, tanggal 15 maret 1999 telah dibuka ruangan perawatan paviliun melati lantai III, Instalasi Bedah Sentral dilantai aII serta pusat diagnostic dilantai I gedung paviliun melati. Penambahan ruang perawatan kelas 1 & II mawar digedung sayap kanan depan Kebun Raya Bogor pada tanggal 1 juni 1999, paviliun Anggrek kelas 1 dan II di gedung eks kamar bedah pada tahun 2000.⁷

b. Visi

Rumah Sakit PMI Bogor memiliki visi yaitu menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan terbaik dengan unggulan dibidang traumatik dan kegawat daruratan.

c. Misi

Rumah Sakit PMI Bogor memiliki misi yaitu :

1. Memberikan pelayanan terbaik dengan selalu berupaya meningkatkan sumber daya manusia.
2. Mengembangkan layanan unggulan dibidang traumatik dan kegawatdaruratan.
3. Melakukan upaya menjadi rumah sakit rujukan di wilayah Bogor dengan berlandaskan prinsip-prinsip kepalang merahan yang dikelola secara sosioekonomi.

2. Gambaran Penelitian

Pada bab ini akan menyajikan data hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor. Waktu penelitian dilakukan selama 1 minggu terhitung dari tanggal 2 September 2019 sampai pada tanggal 9 September 2019 dengan responden seluruh perawat pelaksana yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat. Jumlah responden yaitu 30 responden yang telah memenuhi syarat sebagai responden. Penelitian ini dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada responden.

Pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling dengan jumlah 30 responden perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor. Dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*, alat yang digunakan adalah lembar kuesioner dengan menggunakan uji statistik Kendal Tau.

Hasil yang didapatkan dalam penelitian yang berjudul Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019 ini adalah sebagai berikut:

3. Karakteristik Responden

a. Umur

Tabel 4.1

Distibusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Umur Responden	Frekuensi	Presentase (%)
<25 tahun	1	3.3
26-30 tahun	23	76.7
31-35 tahun	4	13.3
>36 tahun	2	6.7
Jumlah	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur yang bertugas di IGD RS PMI Bogor sebagian besar responden berusia pada umur 26-30 tahun dengan sebanyak 23 responden (76,7%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2

Distibusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-Laki	22	73.3
Perempuan	8	26.7
Total	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan Tabel 4.2 diketahui bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden yang bertugas di IGD RS PMI Bogor berjenis kelamin laki-laki yaitu dengan jumlah 22 responden (73,3%)

c. Pendidikan Terakhir

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Presentase (%)
DIII Keperawatan	28	93.3
S1 Keperawatan	2	6.7
Total	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan Tabel 4.2 diketahui bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir sebagian besar responden yang bertugas di IGD RS PMI Bogor yaitu berpendidikan DIII Keperawatan dengan jumlah 28 (93,3%).

d. Lama Kerja

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja

Lama Kerja	Frekuensi	Presentase (%)
<2 tahun	12	40.0
3-5 tahun	13	43.3
6-10 tahun	5	16.7
Total	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan Tabel 4.4 diketahui bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama kerja sebagian besar perawat yang bertugas di IGD RS PMI Bogor yaitu pada lama kerja 3-5 tahun dengan sebanyak 13 responden (43,3%)

e. Hasil penelitian

1) Analisa univariat

a) Frekuensi beban kerja perawat di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Beban Kerja Perawat di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Beban Kerja Perawat	Frekuensi	Presentase (%)
Tinggi	19	63.3
Rendah	11	36.7
Total	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa distribusi frekuensi beban kerja perawat yang bertugas di IGD RS PMI Bogor terdapat beban kerja yang tinggi yaitu dengan frekuensi sebanyak 19 responden dengan persentasenya yaitu sebesar 63,3% dan terdapat beban kerja yang rendah yaitu dengan frekuensi sebanyak 11 responden dengan persentase sebesar 36,7%.

b) Frekuensi komunikasi terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah
Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Komunikasi Terapeutik	Frekuensi	Persentase (%)
Sering	18	60.0
Jarang	12	40.0
Total	30	100.0

Sumber : Pengolahan Data SPSS

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat yang bertugas di IGD RS PMI Bogor terdapat perawat yang menjalankan komunikasi terapeutik yang sering yaitu dengan frekuensi sebanyak 18 responden dengan persentasenya yaitu sebesar 60% dan terdapat perawat yang

menjalankan komunikasi terapeutik yang jarang yaitu dengan frekuensi sebanyak 12 responden dengan presentase sebesar 40%.

2) Analisa Bivariat

a) Hubungan Frekuensi Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Tabel 4.7
Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Beban Kerja Perawat	Komunikasi Terapeutik				Total		OR (IK 95%)	P Value
	Sering		Jarang					
	F	%	F	%	F	%		
Tinggi	3	10,0%	16	53,3%	19	63,3%	0,042 (0,006-0,298)	0,000
Rendah	9	30,0%	2	6,7%	11	36,7%		
Total	12	40%	18	60%	30	100%		

Sumber : pengolahan Data SPSS

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa Hubungan antara Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor pada Tahun 2019 terdapat beban kerja yang tinggi yaitu sebanyak 16 responden dengan presentase sebesar 53,3%, dan terdapat beban kerja yang rendah yaitu sebanyak 2 responden dengan presentase sebesar 6,7%. Dan terdapat perawat yang sering menjalankan komunikasi terapeutik yaitu sebanyak 9 responden dengan presentase 30,0%, dan terdapat responden yang jarang menjalankan komunikasi terapeutik yaitu sebanyak 3 responden dengan presentase 10,0%.

Nilai hubungan yang signifikan dengan menggunakan pengolahan data SPSS didapatkan p value $0,000 \leq 0,05$ (*alpha*), artinya H_a diterima dan H_0 ditolak. Dari nilai yang telah diolah oleh program SPSS tersebut maka hasil analisa menyatakan adanya hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019.

Dan hasil analisa yang diperoleh dari nilai *Odd Ratio (OR)* sebesar 0,042 yang artinya frekuensi beban kerja perawat yang tinggi dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik akan berpeluang 0,042 kali lebih besar dibanding dengan rendahnya beban kerja perawat.

B. Pembahasan

1. Analisa Univariat

Berdasarkan hasil univariat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen (frekuensi beban kerja perawat) dan variabel dependen (komunikasi terapeutik) maka dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Beban kerja perawat

Berdasarkan hasil penelitian dari 30 responden, menyatakan bahwa sebagian besar perawat yang memiliki beban kerja tinggi yaitu 16 responden dengan presentase sebesar 53,3%.

Berdasarkan dari peneliti sebelumnya yang berjudul Perbandingan Beban Kerja Dan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Rumah Sakit Islam Muhammadiyah Kendal yang memiliki beban kerja tinggi yaitu sebanyak 10 responden dengan presentase 55,60%.¹³

Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu. Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan.⁸ Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat yaitu: Tugas pokok tenaga kesehatan, tugas tambahan, waktu kerja, jumlah kunjungan pasien.³

Berdasarkan hasil dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti di IGD Rumah Sakit PMI Bogor dengan jumlah 30 responden, dinyatakan bahwa sebagian besar responden yang memiliki beban kerja yang tinggi yaitu sebanyak 16 responden dengan presentase 53,3% , hal itu diperkuat dari hasil item lembar kuesioner dengan 3 (tiga) indikator yaitu target yang harus dicapai, kondisi pekerjaan, standar pekerjaan. Dapat disimpulkan bahwa perawat di IGD Rumah Sakit PMI Bogor mengalami beban kerja yang tinggi yaitu 16 responden dengan presentase 53,3%.

b. Komunikasi terapeutik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, dari 30 responden menyatakan bahwa sebagian besar perawat yang menjalankan komunikasi terapeutik yaitu sebanyak 9 responden dengan presentase 30,0%, dan terdapat responden yang jarang menjalankan komunikasi terapeutik yaitu sebanyak 3 responden dengan presentase 10,0%.

Berdasarkan dari peneliti sebelumnya yang berjudul Hubungan Beban Kerja Dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Di Rs Aisyiyah Bojonegoro dengan presentase 56,67% responden menyatakan bahwa perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik dengan kurang.¹¹

Komunikasi terapeutik adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian yang mendalam.¹⁰ Faktor-faktor yang memepengaruhi komunikasi terapeutik yaitu pendidikan, lama bekerja, pengetahuan, sikap, kondisi psikologis, situasi/suasana, kejelasan pesan.¹⁶

Berdasarkan teori dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di IGD Rumah Sakit PMI Bogor dengan jumlah 30 responden, dinyatakan bahwa sebagian besar perawat yang sering menjalankan komunikasi terapeutik yaitu sebanyak 9 responden dengan presentase 30,0%. Hal itu diperkuat dari hasil item lembar kuesioner dengan menggunakan 4 tahap yaitu tahap pengenalan, tahap orientasi, tahap kerja, tahap terminasi.¹⁰ Dapat disimpulkan bahwa perawat yang bertugas di IGD Rumah Sakit PMI Bogor yang sering menjalankan komunikasi terapeutik sebanyak 9 responden dengan presentase 30,0%.

2. Analisa Bivariat Hubungan Frekuensi Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Hasil analisa bivariat diperoleh hasil yaitu dari 30 responden terdapat 19 responden dengan presentase 63,3% yang menyatakan beban kerja tinggi dengan frekuensi perawat yang menjalankan komunikasi terapeutik sering yaitu 18 responden dengan presentase 60,0% dan diperoleh nilai p value yaitu $0,000 \leq 0,05$. Yang artinya ada hubungan antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019.

Berdasarkan hasil peneliti sebelumnya dengan judul Hubungan Beban Kerja Dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Di Rs Aisyiyah Bojonegoro menyatakan bahwa diperoleh Hasil 56,67% responden menyatakan beban kerja sedang dan melaksanakan komunikasi terapeutik dengan kurang sedangkan 3 responden (10,00%), uji statistik dengan menggunakan spearman Rho didapatkan nilai korelasi r hitung = 0,744 dengan nilai signifikansi 0,000 ($p < 0.05$), itu berarti H_a diterima artinya terdapat hubungan beban kerja dengan komunikasi terapeutik perawat kepada pasien di RS Aisyiyah Bojonegoro.¹¹

Hubungan antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik banyak hal yang mempengaruhi beban kerja perawat yaitu tugas pokok tenaga kesehatan, tugas tambahan, waktu kerja, jumlah kunjungan pasien.³

Berdasarkan hasil penelitian dan teori diatas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa terdapat keselarasan antara teori dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneleti yaitu adanya pengaruh antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik, karena semakin tinggi beban kerja perawat maka akan mempengaruhi perawat dalam menjalankan komunikasi terapeutiknya, dan terdapat hubungan antara frekuensi beban kerja perawat dengan frekuensi komunikasi terapeutik di IGD RS PMI Bogor. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan jumlah responden sebanyak 30 responden menyatakan bahwa terdapat 16 reponden dengan presentase 53,3% responden yang memiliki beban kerja dengan frekuensi komunikasi terapeutik yang tinggi.

Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi beban kerja perawat maka akan memepengaruhi perawat dalam menjalankan komunikasi terapeutik.

3. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan dari penelitian ini adalah kemungkinan terdapatnya pengaruh *Hawthorne effect* yaitu pengaruh yang timbul dari seseorang yang sedang diamati karena telah mengetahui bahwa dirinya sedang dijadikan objek pengamatan. Hal ini mengakibatkan pada saat penelitian, kemungkinan responden berupaya melakukan tindakannya sesuai standar.

4. Implikasi

a. Bagi ilmu pengetahuan

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan khasanah ilmiah dibidang ilmu kesehatan khususnya bidang keperawatan, dapat dijadikan informasi, dan digunakan untuk mengembangkan keilmuan tentang frekuensi beban kerja perawat, dan frekuensi komunikasi terapeutik, serta sebagai bahan dan sumber bahasan untuk memperluas hasil-hasil penelitian yang telah ada sebelumnya.

b. Bagi tenaga keperawatan di IGD Rumah Sakit PMI Bogor

Dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dalam memberikan pelayanan secara komunikasi terapeutik pada pasien IGD Rumah Sakit PMI Bogor agar lebih ramah dan terbuka bagi pasien untuk memberikan pengarahan tentang kondisi kesehatan pasien secara optimal.

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Berdasarkan pembahasan seperti yang diuraikan sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Diketahui distribusi frekuensi beban kerja perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor terdapat 16 responden (53,3%) dengan kategori beban kerja yang tinggi.
2. Diketahui distribusi frekuensi komunikasi terapeutik terdapat 9 responden (30,0%) dengan kategori sering.
3. Diketahui hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019 terdapat 19 responden (63,3%) yang termasuk dalam kategori beban kerja perawat yang tinggi. Dan sebagian besar komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor sebanyak 18 responden (60,0%) yang termasuk dalam kategori yang jarang. Hasil analisis hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019 didapatkan nilai *p value* 0,000 sehingga pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang

bermakna antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019.

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan Rumah Sakit dapat mempertimbangan dalam pengambilan keputusan, serta membuat kebijakan yang berkaitan dengan pelatihan bagi tenaga perawat sehingga komunikasi terapeutik bisa meningkat.
- b. Diharapkan Rumah Sakit memberikan masukan dan gambaran tentang hubungan beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit PMI Bogor.

2. Bagi Bidang Keperawatan

- a. Adanya upaya peningkatan pendidikan perawat dengan cara memfasilitasi atau memberikan kesempatan bagi perawat untuk melanjutkan pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi.
- b. Memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien di IGD Rumah Sakit PMI Bogor.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini masih terbatas, dengan demikian hasil penelitian agar dapat digunakan sebagai data dasar yang dapat digunakan untuk penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi beban kerja perawat dan komunikasi terapeutik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Irmawati. 2014. *Manajemen pemasaran dirumah sakit*. Jakarta: EGC
2. Setyawan, B. Supriyanto, S. 2019. *Manajemen Rumah Sakit*. Sidoarjo: Zifatma Jawara
3. Suherman, Mardiani, Eva. 2013. *Gambaran Beban Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Cempaka RSUD Pasar Rebo*. Jakarta: Universitas Indonesia.
4. Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
5. Kalla, Jusuf. Yudha. 2017. *Kali ketiga, Jusuf Kalla Resmikan Gedung Rawat Inap Vip Rs PMI*. http://www.kotabogor.go.id/indeks.php/show_post/detail. Diakses tanggal 19 Juni 2019.
6. Santoso, Budi, Bagus. 2017. *Mengenal Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Pediatric Intensive Care Unit (PICU) di Rumah Sakit*. <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/mengenal-instalasi-gawat-darurat-igd-danpediatric-intensive-care-unit-PICU-di-rumah-sakit>. Diakses tanggal 8 Agustus 2019.
7. Maulidina, Gilang, Marista. 2012. *Laporan Praktek Kerja Profesi Apoteker di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor*. Jakarta: FMIPA Universitas Indonesia. (Disertasi)

8. Kurniadi, Anwar. 2013. *Manajemen keperawatan dan prospektifnya: teori, konsep, dan aplikasi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
9. Kusnanto. 2014. *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC
10. Muhith, Abdul. Siyoto, Sandu. 2018. *Aplikasi komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Jakarta: Perpustakaan Nasional
11. Aisyana, Megarista. 2014. *Hubungan beban kerja dengan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat kepada pasien di rumah sakit Aisyiyah Bojonegoro*. <http://ejournal.stikesmuhbojonegoro.ac.id/index.php/jHs/article/view/ss>. Diunduh 19 Juni 2019. 20:05
12. Fatmawati, Nunik. 2015. *Hubungan Tingkat Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Di Ruang Rawat Inap Rst Dr.Soepraoen Malang*. Universitas Brawijaya.
13. Aryanti, Arisah. 2017. *Perbandingan beban kerja dan komunikasi terapeutik perawat di rumah sakit Muhammadiyah kendal*. Semarang: Fikkes UNIMUS
14. Rachman, Wijayanti, Erna. 2011. *hubungan antara beban kerja perawat dengan komunikasi terapeutik perawat ketika melakukan tindakan keperawatan di RSUD Dr.Moewardi Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/14765>. Diunduh 13 Juni 2019. Jam 17.15
15. Nasir, Abdul, dkk. 2009. *Komunikasi dalam keperawatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika

16. Anjaswarni, Tri. 2016. *Komunikasi dalam keperawatan*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
17. Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
18. Donsu,J. 2016. *Metodelogi Penetian Keperawatan*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
19. Sujarweni, Wiratna, V. 2014. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media
20. Putri,D. 2016. *Pengantar Riset Keperawatan*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
21. Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif , Kualitatif, dan R&D*. Bandung. Alfabeta.
22. Hastono, susanto priyo. 2016. *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta. Rajawali pers.

SURAT PERMOHONAN PENELITIAN

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) WIJAYA HUSADA BOGOR Jl. Letjen Ibrahim Adjie No. 180 RT. 006/008, Sindang Barang, Bogor Barat 16117 Ph. (0251) 8327396, 8327399, 0852 1670 1658 E-mail : wijayahusada@gmail.com
---	---

Nomor : 428/STIKES-WH/VII/2019	Bogor, 24 Juli 2019
Lampiran : 2 Lembar	
Perihal : Permohonan Penelitian	

Kepada :
Yth. Direktur RS. PMI
di
Tempat

Dengan hormat

Sehubungan dengan pembuatan Skripsi/KTI Mahasiswa Tingkat Akhir STIKes Wijaya Husada Bogor, dengan ini mahasiswa STIKes Wijaya Husada Bogor mengajukan uji validitas, studi pendahuluan & penelitian di RS. PMI Kota Bogor. Dengan ini kami lampirkan tempat, nama mahasiswa & judul Skripsi/KTI.

Demikian permohonan dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Dr. Prilady, Sp.PD-KGEH

LAMPIRAN 2

SURAT KETERANGAN/BALASAN PENELITIAN

RUMAH SAKIT PALANG MERAH INDONESIA BOGOR
BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
SEKSI DIKLAT DAN LITBANG

Jln. Pajajaran No. 80 Bogor-Indonesia. Telepon : (0251) 8324080, Ext. 3318, Fax : (0251) 8324709.

Nomor : 009/Diklat-SDM/X/2019

Bogor, 02 Oktober 2019

Kepada yth,
Ketua Stikes Wijaya Husada Bogor

Di
Tempat

Perihal : Keterangan Selesai Penelitian

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Seksi Diklat dan Litbang Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor menerangkan bahwa:

N a m a	: Siti Fatimah
N I M	: 201513049
Program Studi	: S1 Keperawatan
Judul Penelitian	: Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD RS PMI Kota Bogor Tahun 2019

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor.

Demikian keterangan ini diterbitkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat kami,
Kepala Seksi Diklat & Litbang



Ns. Solehudin, S. Kep., M. Kes

LAMPIRAN 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth : Calon Responden Penelitian
Di Rumah Sakit PMI Bogor

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di program studi strata satu ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor maka saya:

Nama : Siti Patimah
Nim : 201513049
Alamat : Jl.Cibedug-Girang Rt.01/02 Sukatani, Sukaraja, Bogor
Nomor telepon : 089656462518
Nomor email : sitifmh4@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian skripsi berjudul “Hubungan Beban Kerja Dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor tahun 2019”. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan Beban Kerja Perawat dengan Komunikasi Terapeutik Di Instalasi Gawat Darurat.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun termasuk hubungan antara pimpinan-staf, rekan sejawat, maupun klien. Hal tersebut karena semua informasi dan kerahasiaan identitas yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian ini semata.

Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar perawat IGD Rumah Sakit PMI Bogor berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediannya saya ucapkan banyak terimakasih.

Bogor, Agustus 2019

Peneliti

INFORM CONSENT

**Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD
Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019**

Inisial responden :

Usia :

Jenis Kelamin :

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan perkuliahan di STIKes Wijaya Husada Bogor Program Studi S1 Keperawatan.

Nama Peneliti : SITI PATIMAH

NIM : 201513049

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor atas nama Siti Patimah dengan judul “Hubungan Beban Kerja Dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019”.

Bogor, September 2019

Responden

(.....)

KUESIONER

HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI IGD RUMAH SAKIT PMI BOGOR TAHUN 2019

1. Pilihlah salah satu jawaban yang dianggap paling tepat dan sesuai dengan pendapat anda dengan memberi tanda check ($\checkmark$) pada jawaban yang tersedia.

Angka 1: Tidak Pernah

Angka 2: Jarang

Angka 3: Sering

Angka 4: Selalu

2. Tidak ada penilaian benar atau salah, baik atau buruk sehingga tidak ada jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban adalah benar, jika anda memberikan jawaban sesuai dengan perasaan anda yang sebenarnya.
3. Informasi yang anda berikan hanya digunakan untuk tujuan akademik semata sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas di Program Studi S1 Keperawatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

I. Data Responden

- a. Inisial Responden :
- b. Umur :tahun
- c. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- d. Pendidikan Terakhir : 1. D-III Keperawatan 2. S-1 Keperawatan
- e. Lama Kerja :tahun

II. Pertanyaan Penelitian

a. Variabel Bebas / Independen (Beban Kerja Perawat)

Pilihlah salah satu jawaban angket dibawah ini sesuai dengan pengalaman dan tidak ada jawaban yang salah. Diharapkan semua pertanyaan harus terjawab. Dengan pilihan angket:

Angka 1: Tidak Pernah

Angka 3: Sering

Angka 2: Jarang

Angka 4: Selalu

BEBAN KERJA PERAWAT

NO	PERNYATAAN	PILIHAN JAWABAN			
		1	2	3	4
1.	Saya merasa memiliki terlalu banyak tugas dan memiliki terlalu sedikit waktu untuk mengerjakannya				
2.	Saya sering bekerja melebihi batas waktu kerja				
3.	Pengetahuan dan keterampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan				
4.	Tugas tambahan yang harus saya lakukan menjadi beban tambahan pula bagi saya				
5.	Tugas tambahan membuat saya tidak dapat melakukan pekerjaan dengan baik				
6.	Tanggung jawab yang dibebankan kepada saya tidak sesuai dengan kemampuan saya untuk mengatasinya				
7.	Target dinas dan tuntutan terlalu tinggi sehingga memberatkan tugas saya				
8.	Saya merasa keberatan dengan semua tugas yang saya pegang				

9.	Saya dapat menyelesaikan fungsi utama keperawatan dengan lancar				
10.	Tugas tambahan membuat saya terganggu dalam melaksanakan fungsi utama keperawatan				
11.	Kapasitas kerja perawat sesuai dengan pendidikan yang saya miliki				
12.	Waktu yang dibutuhkan untuk mengerjakan tugas keperawatan sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari				
13.	Kelengkapan fasilitas di IGD selalu tersedia untuk membantu saya dalam menyelesaikan tugas keperawatan dengan baik				
14.	Jumlah tenaga perawat berimbang dengan jumlah pekerjaan di IGD RS PMI Bogor				
15.	Jumlah perawat jaga sebanding dengan jumlah pasien yang dirawat di IGD Rumah Sakit PMI Bogor				
16.	Ide-ide yang saya keluarkan dapat digunakan dengan baik dalam pekerjaan saya				
17.	Apa yang saya pelajari pada masa sekolah/kuliah sesuai dengan pekerjaan				
18.	Saya merasa lelah dengan pekerjaan yang harus dilakukan secepat mungkin				
19.	Pekerjaan yang harus saya lakukan berpacu dengan waktu (deadline)				
20.	Pimpinan perawat sering mengharuskan setiap pegawainya memiliki target kerja yang baik				

b. Variabel Terikat / Dependen (Komunikasi Terapeutik)

Pilihlah salah satu jawaban angket dibawah ini sesuai dengan pengalaman dan tidak ada jawaban yang salah. Diharapkan semua pertanyaan harus terjawab.

Pilihan angket:

Angka 1: Tidak Pernah

Angka 3: Sering

Angka 2: Jarang

Angka 4: Selalu

KOMUNIKASI TERAPEUTIK

NO	PERTANYAAN	PILIHAN JAWABAN			
		1	2	3	4
1.	Perawat mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan pasien				
2.	Perawat mempertahankan kontak mata yang wajar pada saat wawancara atau komunikasi secara langsung dengan pasien				
3.	Perawat mempertahankan sikap terbuka yaitu lengan tidak dilipat atau mengepal				
4.	Perawat mempertahankan sikap terbuka yaitu kaki tidak dilipat atau menyilang dan mengangkat bahu				
5.	Perawat mengondisikan waktu untuk mengajak pertemuan pada pasien terlebih dahulu				
6.	Perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada pasien				

7.	Perawat menjelaskan tanggung jawab dan perannya saat berkomunikasi dengan pasien				
8.	Perawat menunjukkan sikap terbuka pada pasien				
9.	Perawat menunjukkan sikap menerima dan menghargai pasien				
10.	Perawat ketika berkomunikasi dengan pasien menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat				
11.	Perawat menanyakan keluhan yang dirasakan pasien				
12.	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis yang digunakan saat berkomunikasi dengan pasien				
13.	Perawat pada saat berkomunikasi dengan pasien mendengarkan dan memberikan perhatian terhadap apa yang pasien keluhkan				
14.	Perawat meminta persetujuan pasien atau keluarga pasien terhadap tindakan / prosedur yang akan dilakukan kepada pasien				
15.	Perawat percaya diri dengan tindakan yang akan dilakukan				
16.	Perawat bersikap profesional pada saat melakukan tindakan kepada pasien				
17.	Perawat menjelaskan gaya hidup sehat yang benar kepada pasien sesuai dengan masalah kesehatannya				
18.	Perawat memberikan pesan-pesan pokok untuk tindak lanjut di rumah pada pasien				
19.	Perawat mengevaluasi tentang perasaan pasien setelah dilakukan tindakan				
20.	Perawat mengevaluasi respon objektif dari keluhan yang dirasakan apakah ada kemajuan				

	atau sebaliknya				
--	-----------------	--	--	--	--

LAMPIRAN 6

Master Tabel Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik

No	BEBAN KERJA																				Tot al_ BK	K a t e g o r i	KOMUNIKASI TERAPEUTIK																				Tot al_ KT	k a t e g o r i
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 1 0	P 1 1	P 1 2	P 1 3	P 1 4	P 1 5	P 1 6	P 17	P 18	P 19	P 20					P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18		
1	1	1	2	3	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	46	1	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	61	1
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	34	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	4	3	2	3	4	3	3	4	63	1
3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	32	2	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	2	3	68	2
4	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	42	1	4	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	58	2
5	1	1	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	1	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	4	2	4	2	3	3	3	3	3	61	1
6	2	4	4	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	48	1	2	3	4	3	4	2	4	3	2	3	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	58	2
7	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	25	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	4	2	3	2	4	2	4	4	2	63	1
8	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	48	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	54	2
9	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	39	1	2	3	3	4	2	4	3	2	3	4	3	4	2	2	2	3	3	2	3	3	57	2
10	1	1	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	41	1	4	4	4	3	2	4	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	61	1
11	1	1	1	3	3	3	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	3	3	2	2	42	1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	2	2	3	2	2	3	2	3	61	1
12	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	23	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	3	3	3	70	1
13	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	33	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	63	1
14	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	50	1	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	60	1
15	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	3	3	43	1	2	3	4	2	4	2	4	3	4	2	4	4	3	2	2	3	3	3	4	2	60	1
16	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2	2	41	1	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	2	4	2	2	3	2	3	3	61	1

17	2	1	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	43	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	59	2	
18	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	38	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	2	3	3	4	4	71	1	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	23	2	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	63	1
20	1	2	1	1	2	3	3	4	3	2	1	2	1	2	1	1	2	3	3	40	1	4	4	4	4	4	3	2	4	2	3	2	3	4	3	3	2	3	2	3	2	3	2	61	1
21	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	35	2	3	3	4	3	3	4	4	3	4	3	2	3	4	2	2	3	4	3	3	3	3	63	1	
22	2	2	2	3	3	3	1	2	4	2	3	3	1	3	2	3	3	3	4	2	51	1	3	2	3	3	4	3	4	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	55	2	
23	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	41	1	2	3	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	2	4	2	2	3	4	3	61	1		
24	1	1	2	2	1	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	3	2	37	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	4	63	1	
25	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	30	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	2	4	3	4	2	2	2	3	3	4	3	63	1		
26	1	1	2	2	2	2	4	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	40	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	55	2		
27	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	2	45	1	4	4	2	4	4	4	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	56	2	
28	2	1	2	2	4	2	4	2	2	4	2	4	2	2	2	2	4	2	2	4	51	1	3	3	2	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	61	1	
29	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	49	1	2	3	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	54	2		
30	1	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	36	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	2	3	4	2	3	3	63	1
39,5																				60,9																									

LAMPIRAN 7

HASIL UJI VALIDITAS BEBAN KERJA

Reliability

Input	Output Created	13-Sep-2019 06:10:12
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiw\bk(uji valid).sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	15
	Matrix Input	
	Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Definition of Missing	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
	Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=BK1 BK2 BK3 BK4 BK5 BK6 BK7 BK8 BK9 BK10 BK11 BK12 BK13 BK14 BK15 BK16 BK17 BK18 BK19 BK20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.011

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.957	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BK1	35.80	133.457	.599	.956
BK2	35.47	132.838	.639	.956
BK3	35.60	125.829	.862	.952
BK4	35.47	120.410	.915	.952
BK5	35.67	133.952	.630	.956
BK6	35.47	132.838	.639	.956
BK7	35.73	131.781	.565	.957
BK8	35.60	126.114	.846	.953
BK9	35.80	128.743	.707	.955
BK10	35.80	134.457	.645	.956
BK11	35.53	134.410	.583	.956
BK12	35.60	126.114	.846	.953
BK13	35.93	131.352	.699	.955
BK14	35.80	133.457	.599	.956
BK15	35.67	133.095	.690	.955
BK16	35.47	129.267	.618	.956
BK17	35.60	125.829	.862	.952
BK18	35.73	126.067	.792	.954
BK19	35.80	133.457	.599	.956
BK20	35.60	126.114	.846	.953

LAMPIRAN 8

HASIL UJI VALIDITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Reliability

Notes		
Input	Output Created	13-Sep-2019 07:19:48
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiWuji valid KT.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	15
	Matrix Input	
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Resources	Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=KT1 KT2 KT3 KT4 KT5 KT6 KT7 KT8 KT9 KT10 KT11 KT12 KT13 KT14 KT15 KT16 KT17 KT18 KT19 KT20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /SUMMARY=TOTAL.
	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.037

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.969	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
KT1	53.40	145.543	.676	.968
KT2	53.33	136.810	.905	.966
KT3	53.47	148.838	.541	.969
KT4	53.33	137.524	.869	.966
KT5	53.47	140.695	.828	.967
KT6	53.40	145.543	.676	.968
KT7	53.33	137.524	.869	.966
KT8	53.47	148.838	.541	.969
KT9	53.40	136.686	.884	.966
KT10	53.40	146.686	.604	.969
KT11	53.27	137.495	.905	.966
KT12	53.47	140.695	.828	.967
KT13	53.33	137.524	.869	.966
KT14	53.40	145.543	.676	.968
KT15	53.33	136.810	.905	.966
KT16	53.47	148.838	.541	.969
KT17	53.47	137.695	.895	.966
KT18	53.40	146.686	.604	.969
KT19	53.27	137.495	.905	.966
KT20	53.40	145.543	.676	.968

LAMPIRAN 9

HASIL UNIVARIAT

Frequencies

Input	Output Created	12-Sep-2019 20:25:59
	Comments	
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
	Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=umur JK PT LK BK KT /NTILES=4 /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.140

Statistics

		Umur	JK	PT	LK	BK	KT
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Minimum		1	1		1	1
	Maximum		2	2		2	2
Percentiles	25		1.00	1.00		1.00	1.00
	50		1.00	1.00		1.00	2.00
	75		2.00	1.00		2.00	2.00

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<25 tahun	1	3.2	3.3	3.3
	26-30 tahun	23	74.2	76.7	80.0
	31-35 tahun	4	12.9	13.3	93.3
	>36 tahun	2	6.5	6.7	100.0
	Total	30	96.8	100.0	
Missing	System	1	3.2		
	Total	31	100.0		

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	22	71.0	73.3	73.3
	perempuan	8	25.8	26.7	100.0
	Total	30	96.8	100.0	
Missing	System	1	3.2		
	Total	31	100.0		

pendidikan_Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DIII perawat	28	90.3	93.3	93.3
	S1 Keperawatan	2	6.5	6.7	100.0
	Total	30	96.8	100.0	
Missing	System	1	3.2		
	Total	31	100.0		

lama_kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<2 tahun	12	38.7	40.0	40.0
	3-5 tahun	13	41.9	43.3	83.3
	6-10 tahun	5	16.1	16.7	100.0
	Total	30	96.8	100.0	
Missing	System	1	3.2		
	Total	31	100.0		

BK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	19	63.3	63.3	63.3
	Rendah	11	36.7	36.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

KT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sering	12	40.0	40.0	40.0
	Jarang	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

LAMPIRAN 10

HASIL BIVARIAT

Crosstabs

Notes		
Input	Output Created	14-Sep-2019 08:14:14
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiWunivariat&bivariat.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=BK BY KT /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=ETA CORR BTAU KAPPA RISK MCNEMAR CMH(1) /CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.082
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BK * KT	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

BK * KT Crosstabulation

			KT		Total
			sering	Jarang	
BK	Tinggi	Count	3	16	19
		Expected Count	7.6	11.4	19.0
		% within BK	15.8%	84.2%	100.0%
		% within KT	25.0%	88.9%	63.3%
		% of Total	10.0%	53.3%	63.3%
	Rendah	Count	9	2	11
		Expected Count	4.4	6.6	11.0
		% within BK	81.8%	18.2%	100.0%
		% within KT	75.0%	11.1%	36.7%
		% of Total	30.0%	6.7%	36.7%
	Total	Count	12	18	30
		Expected Count	12.0	18.0	30.0
		% within BK	40.0%	60.0%	100.0%
		% within KT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	40.0%	60.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.230 ^a
N of Valid Cases	30	

a. Binomial distribution used.

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	BK Dependent	.649
		KT Dependent	.649

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.649	.142	-4.178	.000
	Spearman Correlation	-.649	.142	-4.520	.000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	-.649	.142	-4.520	.000 ^c
Measure of Agreement	Kappa	-.582	.160	-3.557	.000
N of Valid Cases		30			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	95% Confidence Interval		
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for BK (Tinggi / Rendah)	.042	.006	.298
For cohort KT = sering	.193	.066	.566
For cohort KT = Jarang	4.632	1.302	16.470
N of Valid Cases	30		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	12.656	1	.000
Mantel-Haenszel	9.719	1	.002

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

		Estimate	.042
		ln(Estimate)	-3.178
		Std. Error of ln(Estimate)	1.003
		Asymp. Sig. (2-sided)	.002
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.006
		Upper Bound	.298
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-5.145
		Upper Bound	-1.211

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

HASIL UJI NORMALITAS

Regression

Notes		
Input	Output Created	13-Sep-2019 09:21:28
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiw\univariat&bivariat.sav
	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
	Syntax	REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT KT /METHOD=ENTER BK /RESIDUALS HIST(ZRESID) NORM(ZRESID) /SAVE RESID.
Resources	Processor Time	0:00:00.484
	Elapsed Time	0:00:00.844
	Memory Required	1476 bytes
	Additional Memory Required for Residual Plots	656 bytes
Variables Created or Modified RES_1		Unstandardized Residual

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	BK ^a		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: KT

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.649 ^a	.422	.401	.386

a. Predictors: (Constant), BK

b. Dependent Variable: KT

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3.037	1	3.037	20.430	.000 ^a
	Residual	4.163	28	.149		
	Total	7.200	29			

a. Predictors: (Constant), BK

b. Dependent Variable: KT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	2.502	.212		11.821	.000
	BK	-.660	.146	-.649	-4.520	.000

a. Dependent Variable: KT

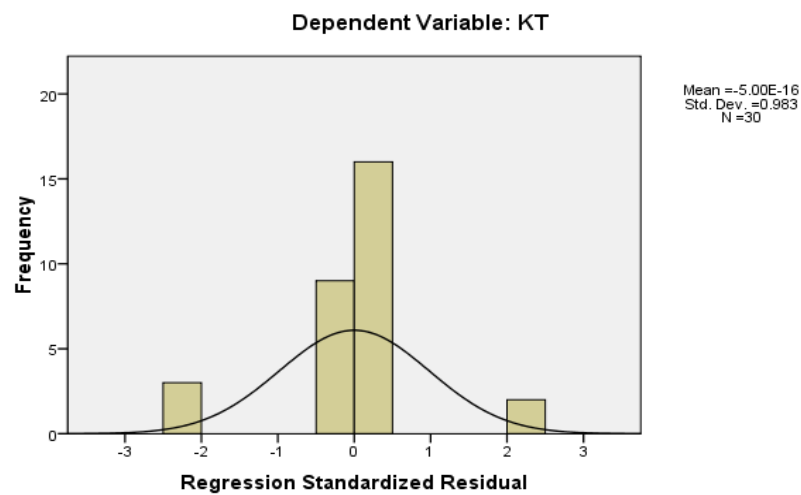
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1.18	1.84	1.60	.324	30
Residual	-.842	.818	.000	.379	30
Std. Predicted Value	-1.292	.748	.000	1.000	30
Std. Residual	-2.184	2.122	.000	.983	30

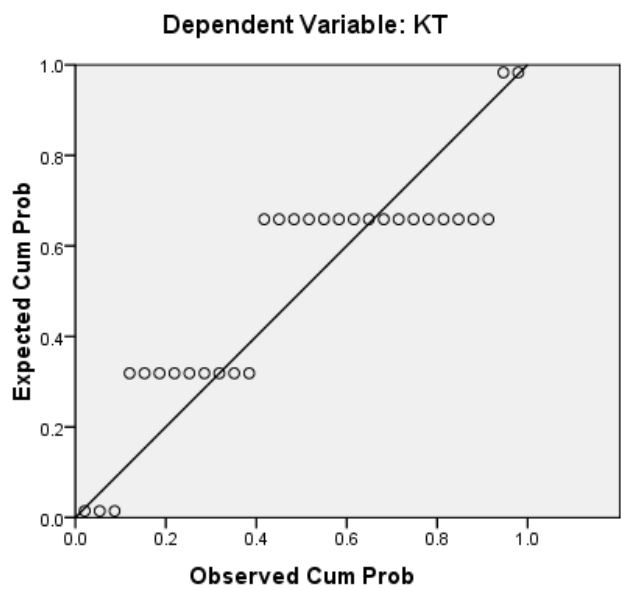
a. Dependent Variable: KT

Charts

Histogram



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



NPar Tests

Notes

Input	Output Created	13-Sep-2019 09:23:31
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiw\univariat&bivariat.sav
	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
	Syntax	NPAR TESTS /K-S(NORMAL)=RES_1 /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.015
	Elapsed Time	0:00:00.015
	Number of Cases Allowed ^a	196608

a. Based on availability of workspace memory.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
Normal Parameters ^{a, b}	N	30
	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.37886762
Most Extreme Differences	Absolute	.272
	Positive	.272
	Negative	-.262
	Kolmogorov-Smirnov Z	1.489
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.024

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

HASIL MEAN/MEDIAN BEBAN KERJA

Frequencies

Notes		
Input	Output Created	13-Sep-2019 08:55:07
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsiw\campur.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
	Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=TOTAL_BK /STATISTICS=MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.219

Statistics

TOTAL_BK

N	Valid	30
	Missing	0
	Mean	39.53
	Median	40.50

TOTAL_BK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	2	6.7	6.7	6.7
	25	1	3.3	3.3	10.0
	30	1	3.3	3.3	13.3
	32	1	3.3	3.3	16.7
	33	1	3.3	3.3	20.0
	34	1	3.3	3.3	23.3
	35	1	3.3	3.3	26.7
	36	1	3.3	3.3	30.0
	37	1	3.3	3.3	33.3
	38	1	3.3	3.3	36.7
	39	1	3.3	3.3	40.0
	40	3	10.0	10.0	50.0
	41	3	10.0	10.0	60.0
	42	2	6.7	6.7	66.7
	43	2	6.7	6.7	73.3
	45	1	3.3	3.3	76.7
	46	1	3.3	3.3	80.0
	48	2	6.7	6.7	86.7
	49	1	3.3	3.3	90.0
	50	1	3.3	3.3	93.3
	51	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

HASIL MEAN/MEDIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Frequencies

Notes		
Input	Output Created	13-Sep-2019 09:00:09
	Comments	
	Data	C:\Users\user\Documents\skripsi\campur.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	30
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
	Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=TOTAL_KT /STATISTICS=MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.000

Statistics

TOTAL_KT

N	Valid	30
	Missing	0
	Mean	60.90
	Median	61.00

TOTAL_KT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54	2	6.7	6.7	6.7
	55	2	6.7	6.7	13.3
	56	1	3.3	3.3	16.7
	57	1	3.3	3.3	20.0
	58	2	6.7	6.7	26.7
	59	1	3.3	3.3	30.0
	60	2	6.7	6.7	36.7
	61	8	26.7	26.7	63.3
	63	8	26.7	26.7	90.0
	68	1	3.3	3.3	93.3
	70	1	3.3	3.3	96.7
	71	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

LAMPIRAN 14

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Siti Patimah
 NIM : 201513049
 PROGRAM STUDI : S1 Keperawatan
 PEMBIMBING : Desi Nurseha Merita, S.Kep, M.K.M
 JUDUL PENELITIAN : Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Komunikasi Terapeutik Di IGD Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

NO.	HARI/TGL KONSULTASI	MATERI KONSULTASI	CATATAN	PARAF PEMBIMBING
1.	21 Mei 2019	Konsul Judul	membahas variabel	Sue ₂
2.	27 Mei 2019	Konsul BAB 1	- membahas Footnote - membahas Populasi sampel	Sue ₂
3.	25 Juni 2019	Konsul BAB 1-3	- Membahas kuesioner - membahas kerangka teori dan konsep	Sue ₂
4.	17 Juli 2019	Revisi	membahas kerangka teori dan data sekunder dan data primer	Sue ₂
5.	10 Agustus 19	Konsul BAB 1-3	Membahas kuesioner	Sue ₂
6.	15 Agustus 19	Revisi Kuesioner	Membahas kuesioner	Sue ₂
7.	18 Agustus 19	ACC Proposal		Sue ₂
8.	16 September 19	Konsul bab IV dan V		
9.	17 September 19	Rengcap skripsi		

