

**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU ASERTIF PERAWAT DENGAN
KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RHCU RSUD DR SAIFUL ANWAR**

MALANG

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Neny Rochmawati

NIM: 185070209111083

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019



DAFTAR ISI

JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II Isi	
2.1. Perilaku Asertif.....	5
2.1.1. Definisi Perilaku Asertif.....	5
2.1.2. Unsur-Unsur Perilaku Asertif.....	7
2.1.3. Prinsip-Prinsip Asertif.....	14
2.1.4. Aspek-Aspek Perilaku Asertif.....	15
2.1.5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku asertif.....	19
2.2. Kecemasan	
2.2.1. Pengertian Kecemasan.....	22
2.2.2. Penyebab Kecemasan.....	23
2.2.3. Tanda dan Gejala Kecemasan.....	25
2.2.4. Tingkat Kecemasan.....	26

2.2.5.	Rentang Respon Kecemasan.....	29
2.2.6.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan.....	30
2.2.7.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga.....	31
BAB III Kerangka Konsep dan Hipotesa Penelitian		
3.1.	Kerangka Penelitian.....	34
3.2.	Hipotesis Penelitian.....	35
BAB IV Metode Penelitian		
4.1.	Rancangan Penelitian.....	36
4.2.	Populasi dan Sampel.....	36
4.3.	Variabel Penelitian.....	37
4.4.	Lokasi dan Waktu Pengambilan.....	37
4.5.	Bahan dan Instrumen Penelitian.....	37
4.6.	Uji Validitas.....	38
4.7.	Uji Reliabilitas.....	39
4.8.	Definisi Operasional.....	41
4.9.	Teknik Pengumpulan Data.....	42
4.10.	Analisa Data.....	43
4.11.	Etika Penelitian.....	46
BAB V Hasil Penelitian dan Analisa Data		
5.1.	Karakteristik Responden.....	48
5.2.	Data analisis perilaku asertif perawat dan kecemasan keluarga pasien.....	48
5.3.	Uji analisa hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.....	51
BAB VI Pembahasan		
a.	Perilaku asertif perawat.....	53
b.	Kecemasan keluarga pasien.....	55
c.	Analisa hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien.....	56
d.	Implikasi terhadap keperawatan.....	58

e. Keterbatasan penelitian.....	59
BAB VII Penutup	
7.1. Kesimpulan.....	60
7.2. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA	62



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN PERILAKU ASERTIF PERAWAT DENGAN KECEMASAN
KELUARGA PASIEN DI RHCU RSUD DR SAIFUL ANWAR MALANG**

Oleh:

Neny Rochmawati

NIM: 185070209111083

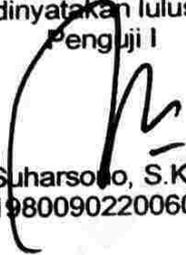
Telah diuji pada

Hari: Kamis

Tanggal: 26 Desember 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I


Ns. Tony Suharsaho, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

Penguji II/ Pembimbing I


Ns. Septi Dewi Rachmawati, S. Kep., MNg
NIP. 198109142006042001

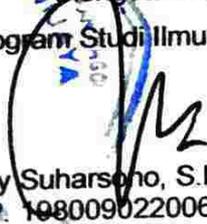
Penguji III/ Pembimbing II


Ns. Sholihatul Amalia, M. Kep, Sp. Kep. An
NIP. 2013018711142001



Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,


Ns. Tony Suharsaho, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

ABSTRAK

Rochmawati, Neny. 2019. **Hubungan antara Perilaku Asertif Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.**

Tugas akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Septi Dewi Rachmawati, MNg (2) Ns. Sholihatul Amalia, M. Kep, Sp. Kep. An

Permasalahan yang penting bagi keluarga pasien yang mendampingi perawatan di RS adalah kecemasan, terutama di ruang intensif. Hal itu dikarenakan beberapa faktor, diantaranya adalah kondisi penyakit, faktor lingkungan rumah sakit, atau komunikasi dengan petugas kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Kuesioner perilaku asertif perawat dan kuesioner kecemasan HARS dibagikan kepada keluarga pasien. Responden dalam penelitian ini adalah 30 keluarga pasien yang menunggu di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang menggunakan teknik *total sampling*. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif dan uji korelasi *pearson* untuk mengidentifikasi hubungan antara dua variable. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat memiliki tingkat asertif tinggi yaitu rata-rata bernilai 31.13, kecemasan keluarga pasien rata-rata memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu 22.10 hasil uji statistik *pearson* memiliki nilai *p-value* 0.001 yang menunjukkan adanya hubungan antara dua variable dengan nilai koefisien korelasi *pearson*-0.584. Kesimpulan dari penelitian ini adalah perilaku asertif perawat yang tinggi dapat menurunkan kecemasan keluarga pasien. Saran bagi perawat yaitu untuk meningkatkan pelayanan terutama perilaku asertif saat berinteraksi dengan keluarga pasien.

Kata Kunci: perilaku asertif, kecemasan, keluarga pasien

ABSTRACT

Rochmawati, Neny. 2019. **The Relationship between Assertive Behavior in Nurse and Patient Family Anxiety in RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.** The final assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Ns. Septi Dewi Rachmawati,. MNg (2) Ns. Sholihatul Amalia, M. Kep, Sp. Kep. An.

Issues that are important to families of patients is anxiety, especially in intensive care. This was due to several factors, including the condition of disease, environmental factors a hospital, or personal communication with health care providers. The purpose of this study was to analyze the relationship between assertive behavior nurse with the patient's family anxiety in RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. This study was conducted using cross-sectional study design. Questionnaires assertive behavior HARS nurses and anxiety questionnaires distributed to families of patients. Respondents in this study were 30 patient's family in RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang by using total sampling technique. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation statistics to identify the relationship between the two variables. The result showed that the average of assertive nurse was 31.13, average of patient family's anxiety was 22.10. The result of the pearson correlation statistical test had a p-value 0.001 which indicates that there was a significant relationship between the two variables with the Pearson correlation coefficient values was -0.584. The conclusion of this study is that the high level of assertive behavior nurse can decrease the patient's family anxiety. For nurses it is to improve service especially assertive behavior when interacting with the patient's family.

Keywords: assertive behavior, anxiety, patient's family



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

HCU (*Hich Care Unit*) merupakan Unit pelayanan di Rumah Sakit bagi pasien dengan kondisi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran stabil yang masih memerlukan pengobatan, perawatan, dan observasi yang ketat. Indikasi pasien menjalani perawatan di HCU diantaranya pasien dengan gagal organ tunggal yang mempunyai resiko tinggi untuk terjadi komplikasi dan pasien yang memerlukan perawatan perioperatif. Sedangkan indikasi pasien diperbolehkan keluar dari HCU adalah pasien yang sudah stabil sehingga tidak lagi membutuhkan pemantauan yang ketat, dan pasien yang memburuk sehingga membutuhkan pelayanan ICU (Kemenkes Nomor 834/SK/VII/2010).

Kondisi pasien yang menjalani perawatan di ruang intensif dapat menimbulkan dampak emosional perawatan dengan angka kejadian yaitu lebih dari dua pertiga (Pochard *et al.*, 2005 dalam Kiptiyah 2013). Kecemasan juga timbul sebagai akibat hasil perawatan yang tidak pasti, gejala emosi, masalah keuangan, dan lingkungan rumah sakit yang asing (Jane, 2002 dalam Kiptiyah, 2013). Kecemasan merupakan suatu perasaan yang tidak terekspresikan dan tidak terarah karena suatu sumber ancaman atau pikiran yang tidak jelas dan tidak teridentifikasi (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Kiptiyah, 2013).

Prevalensi tingkat kecemasan di ruang intensif RS Islam Pekanbaru adalah kecemasan ringan sebanyak 15 %, kecemasan sedang sebanyak 72.5%, dan

kecemasan berat sebesar 12.5% (Astuti & Sulastrri, 2012). Penelitian lain yang dilakukan oleh Kiptiyah *et al.*, 2013 menyebutkan bahwa tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensif adalah sedang, sedangkan menurut penelitian Irawati, 2013 didapatkan tingkat kecemasan berat sebesar 12.1%, kecemasan sedang sebesar 51.5%, dan tidak mengalami kecemasan sebesar 9.1%.

Kecemasan keluarga dapat mempengaruhi proses perawatan pasien di rumah sakit, seperti sikap proaktif dari keluarga dengan petugas kesehatan, sehingga kecemasan keluarga perlu diminimalisir.

Hasil survey yang dilakukan oleh Litbangkes Depkes RI (2016) di RS DKI Jakarta didapatkan bahwa perawat yang menerapkan asertifitas dalam melakukan asuhan keperawatan profesional adalah sebanyak 30% masih merasa sulit untuk menerapkan asertif pada pasien dengan pertimbangan kondisi pasien yang sebenarnya, dengan mengabaikan sikap asertif akan menimbulkan suatu masalah yang nantinya akan berakibat negatif bagi perawat dan pasien serta keluarga termasuk masalah kecemasan mengingat semakin krisisnya informasi dan pelayanan yang maksimal sehingga menimbulkan komplain dari keluarga pasien.

Hubungan interpersonal antara perawat dan keluarga pasien pasti akan terjadi perbedaan tujuan, kepentingan, dan persepsi, masalah tersebut akan menimbulkan konflik baik internal (kecemasan) maupun eksternal, sehingga perawat perlu membangun perilaku asertif yang jujur, terbuka, dan tetap menghargai hak-hak orang lain serta akan menciptakan hubungan yang saling percaya dan menguntungkan sehingga akan mengurangi kecemasan. Peneliti

melakukan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 1 sampai dengan 4

April 2019 di ruang RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang didapatkan bahwa 50% keluarga pasien mengalami cemas tinggi, 42% cemas sedang dan 18 % cemas ringan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada keluarga yang anggota keluarganya di rawat di ruang intensif adalah faktor usia, jenis kelamin, faktor pengalaman serupa sebelumnya, dan faktor kepribadian (Sentana, 2015). Selain faktor tersebut, menurut penelitian Rusinova *et al.*, 2014 penyebab kecemasan adalah kurangnya komunikasi dan dikuatkan oleh penelitian Isnaini, 2013 yang di dapatkan hasil tingkat kecemasan keluarga pasien yaitu tingkat berat 42.4%, cemas sedang 30.3%, cemas ringan 15.2%, dan tidak cemas 12.1 %

Komunikasi dapat berjalan efektif jika seorang perawat menampilkan perilaku asertif. Perilaku asertif adalah suatu cara komunikasi yang memberikan kesempatan bagi individu untuk mengekspresikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan secara langsung, jujur, namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain (Epat, 2005).

Perilaku asertif sangat penting dimiliki seseorang karena beberapa alasan berikut: pertama dengan kemampuan untuk mengungkapkan apa yang dirasakan dan diinginkan secara langsung dan terus terang bisa menghindari munculnya konflik, kedua bila ada rekan kerja maupun atasan yang bersikap atau berperilaku kurang tepat perawat bisa mengingatkannya dengan komunikasi dan perilaku asertif, ketiga dengan memiliki perilaku asertif maka perawat dapat dengan mudah mencari solusi permasalahan secara efektif dan

terakhir adalah dengan perilaku asertif dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif perawat dengan berdiskusi dengan rekan kerja (*National Safety Council, 2003*).

Perilaku asertif perlu dimiliki oleh perawat dalam menjalin komunikasi dengan pasien ataupun keluarganya. Hal ini dapat menciptakan hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga pasien, karena saat berkomunikasi perawat mengatakan segala hal dengan jujur namun tetap menjaga dan menghargai hak serta perasaan orang lain. Penelitian sebelumnya yang pernah di teliti oleh Retnaningsih (2016) adalah hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan pasien yang didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Rachmawati (2006) yaitu menghubungkan komunikasi verbal dan non verbal terhadap tingkat kecemasan pasien, didapatkan hasil adanya hubungan di antara keduanya yaitu komunikasi yang baik akan menurunkan kecemasan keluarga pasien. Merujuk pada perilaku asertif yang harus dimiliki perawat di atas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan kecemasan keluarga pasien dengan perilaku asertif perawat di ruang RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD dr. Saiful Anwar Malang

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RHCU dr. Saiful Anwar Malang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi perilaku asertif perawat di RHCU RSUD dr. Saiful Anwar Malang
2. Untuk mengidentifikasi kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD dr. Saiful Anwar Malang
3. Menganalisis hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD dr. Saiful Anwar Malang

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat akademik

Untuk mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang ilmu keperawatan terutama terkait dengan perilaku asertif perawat

1.4.2. Manfaat praktis

Memberikan informasi mengenai ada tidaknya hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien. Sehingga di harapkan pihak Rumah Sakit dapat menerapkan hasil penelitian.



BAB II**TINJAUAN PUSTAKA****2.1. Perilaku Asertif****2.1.1. Definisi Perilaku Asertif**

Asertif (*assertiveness*) merupakan suatu cara komunikasi yang memberikan kesempatan bagi individu untuk mengekspresikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan secara langsung, jujur, namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain (Epat, 2005). Menurut Alberti dan Emmons dalam Marini & Andriani 2005 definisi dari perilaku asertif itu sendiri adalah suatu kemampuan untuk mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada orang lain namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain. Dalam berperilaku asertif, seseorang dituntut untuk jujur pula dalam mengekspresikan perasaan, pendapat, dan kebutuhan secara proporsional, tanpa ada maksud untuk memanipulasi, memanfaatkan dan merugikan pihak lainnya.

Perilaku asertif berarti adanya sikap tegas yang dikembangkan dalam berhubungan dengan banyak orang dalam berbagai aktifitas kehidupan, dapat mengambil keputusan atau melakukan tindakan tertentu berdasarkan hasil pemikiran sendiri, tanpa sikap emosional, atau berperilaku buruk lainnya, dan menegakkan kemandiriannya tanpa bermaksud menyakiti hati orang lain (Susanto, 2005). Perilaku asertif adalah kemampuan untuk mengemukakan pikiran, perasaan, pendapat secara langsung, jujur dan dengan cara yang tepat dan sesuai dalam penyampaianya yaitu tidak menyakiti atau merugikan diri sendiri maupun orang lain dengan beberapa aspek perilaku seperti berusaha mencapai tujuan, kemampuan mengungkapkan perasaan, menyapa atau memberi salam kepada orang lain, menampilkan cara yang efektif dan jujur, menanyakan alasan, berbicara dengan

diri sendiri, menghargai pujian dari orang lain, penolakan, menatap lawan bicara, dan respon melawan rasa takut (Retnaningsih, 2007). Menurut Wiley, 2006 perilaku asertif adalah kemampuan untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, ide, dan kebutuhan dengan cara yang benar dan menghargai orang lain. Monica (1998) menjelaskan bahwa sikap asertif adalah sikap yang berada di antara rentang pasif dan agresif.

Beardsley dalam Lyrawati 2008 menyatakan, untuk lebih memahami pengertian dari perilaku asertif, dapat dilakukan bila membandingkannya dengan dua gaya merespon situasi lainnya, yaitu pasif dan agresif. Dengan demikian, ada tiga jenis perilaku dalam merespon situasi, yaitu :



Gambar 1 . Rentang Sikap Asertif (Monica, 1998).

Respon pasif bertujuan untuk menghindari konflik dengan cara apapun. Orang yang pasif tidak akan mengatakan hal-hal yang tidak sesuai dengan apa yang mereka pikirkan karena takut orang lain tidak setuju. Seseorang yang berperilaku pasif meletakkan kepentingan atau keinginan orang lain di atas dirinya. Suatu hubungan dengan orang lain, mereka cenderung gelisah, khawatir tentang bagaimana orang lain akan bereaksi kepada mereka dan memiliki kebutuhan yang tinggi untuk disetujui. Masalah akan muncul ketika orang yang bersikap pasif secara rahasia merasa marah atau benci kepada orang lain. Perilaku pasif ini biasanya bersikap emosional, tidak jujur dan tidak langsung, terhambat dan menolak diri sendiri. Individu yang pasif akan membiarkan orang lain menentukan apa yang harus dilakukannya dan sering berakhir dengan perasaan cemas, kecewa terhadap diri sendiri, bahkan kemungkinan akan berakhir dengan kemarahan dan perasaan tersinggung.

Disisi lain pada situasi konflik, orang yang berperilaku agresif ingin selalu menang dengan cara mendominasi atau mengintimidasi orang lain. Orang yang agresif lebih mengutamakan kepentingannya sendiri atau sudut pandangnya sendiri dan tidak peduli dengan perasaan, pemikiran dan kebutuhan orang lain.

2.1.2. Unsur-unsur Perilaku Asertif

Perilaku asertif perawat terdiri dari dua unsur yaitu unsur verbal dan non verbal.

Unsur verbal meliputi menyatakan tidak atau menyatakan sikap, meminta bantuan atau mempertahankan hak dan mengungkapkan perasaan. Sedangkan unsur non verbal meliputi kekerasan suara atau volume suara, kelancaran mengatakan kata-kata, kontak mata, ungkapan wajah, ungkapan tubuh dan jarak pada saat berinteraksi (Lowry, 2009). Namun, kadang-kadang terjadi pertentangan antara kedua aspek ini yaitu, seseorang bermaksud sesuatu tetapi menggunakan bahasa non verbal yang tidak sesuai dengan yang dimaksud (Stevens *et al.*, 2000).

Monica (1998), menjelaskan unsur-unsur non verbal sebagai berikut :

a. Kekerasan suara

Berteriak atau berbisik bukanlah sikap asertif. Nada suara tidak tergantung pada isi pesan yang dikirim. Nada yang asertif harus keras dan tegas sehingga terdengar dengan jelas, tetapi tidak boleh terlalu keras sehingga memekakkan telinga penerima.

b. Kelancaran

Kelancaran dalam mengatakan kata-kata juga tidak tergantung pada isi pesan. Orang yang menggunakan terlalu banyak penghentian atau kata-kata “pengisi” seperti “uh”, “er”, “huh”, “anda tahu”, “seperti”, dan sebagainya, cenderung dilihat sebagai orang yang ragu, sedangkan orang yang berbicara terlalu cepat sering dialami oleh orang lain sebagai orang yang terlalu membebani. Yang asertif adalah kecepatan bicara yang sedang dan tidak terputus-putus.

c. Kontak mata

Kontak mata adalah cara untuk mengukur sebuah respon dari penerima pesan agar bisa memberikan umpan balik saat berkomunikasi. Membelalak atau menatap tajam adalah hal yang intrusif yaitu mengganggu yang diajak berkomunikasi.

Kontak mata asertif berarti bahwa seseorang mampu memandang wajah penerima secara hampir atau terus-menerus tetapi tanpa intensitas tertentu yang membuat penerima merasa ditantang.

d. Ungkapan wajah

Ungkapan wajah sulit untuk diukur atau digambarkan, kebanyakan orang telah tersosialisasi untuk mampu memilih ungkapan wajah yang cocok untuk arti kata-kata mereka. Nada bicara yang lucu saat marah atau mengerutkan dahi saat mengatakan sayang akan mengubah isi makna dari kata-kata yang diucapkan. Saat marah janganlah tersenyum, sebaliknya saat menunjukkan penghargaan maka tersenyumlah. Bila seseorang tidak mampu untuk menyelaraskan kata-kata dengan irama, seringkali hal ini merupakan tanda dari rasa tidak nyaman atau kecemasan.

e. Ungkapan tubuh

Ungkapan tubuh sama halnya dengan ungkapan wajah, cara seseorang berdiri, duduk atau bergerak sebenarnya menyampaikan sekumpulan sikap yang kompleks. Seseorang yang duduk membungkuk dapat dilihat sedang marah, tidak berminat, atau ketakutan. Tangan menyilang dapat memberikan pesan bahwa seseorang berhati-hati, bersiaga, atau tidak menerima. Tangan dipinggang dapat menunjukkan perlawanan, perilaku merendahkan, sedangkan postur yang kaku seperti kayu menunjukkan seseorang sedang ketakutan. Orang yang asertif dalam ungkapan tubuhnya akan tampak santai tetapi tidak membungkuk, berdiri

tegak tanpa menjadi kaku, dan menggunakan tangan serta bahu untuk menekankan pembicaraan mereka tanpa menjadi terlalu memaksa atau kasar.

f. Jarak

Jarak seseorang berdiri dari orang lain ketika berinteraksi akan berbeda-beda dalam setiap kebudayaan dan setiap orang. Suatu dialog interpersonal yang berarti biasanya tidak terjadi pada jarak lima kaki. Orang yang asertif dalam berinteraksi dengan orang lain sebaiknya berdiri dan duduk dengan jarak yang sewajarnya. Jika kita terlalu dekat dapat mengganggu orang lain dan terlihat seperti menantang, sementara bila terlalu jauh akan membuat orang lain susah untuk menangkap apa maksud dari perkataan kita.

Selain itu, Monica (1998) juga menjelaskan unsur-unsur verbal dalam perilaku asertif sebagai berikut :

a. Mengatakan tidak

Terdapat cara-cara untuk mengatakan tidak secara asertif sebagai respon terhadap permintaan orang lain atau kebutuhan orang lain. Banyak orang yang merasa disudutkan ketika diminta untuk melakukan sesuatu yang tidak ingin mereka lakukan. Keluhan yang sering muncul adalah "saya tidak bisa berkata tidak". Ada berbagai alasan yang tidak dapat atau tidak mau mengatakan tidak, beberapa takut menyakiti perasaan orang lain, beberapa takut akan penolakan dan beberapa merasa bahwa mengatakan tidak dapat merusak konsep diri mereka sebagai orang yang baik. Mengatakan tidak secara asertif berarti seseorang dapat menolak sebuah permintaan dan memberi alasan dari penolakannya dengan menunjukkan bahwa orang lain tersebut telah didengarkan.

b. Menunjukkan sikap

Unsur dari asertif ini merupakan respon terhadap situasi. Unsur kunci pada area ini adalah kejelasan dari posisi seseorang, penghargaan diri dimana posisi tersebut dinyatakan, dan pemahaman tentang posisi orang lain, misalnya “saya tahu bahwa anda yakin nona Lona sedang dalam pemulihan, tetapi saya tidak yakin bahwa ia telah siap untuk dipulangkan dan saya tidak mendukung kepulangannya”. Selain itu, perawat tidak boleh memiliki sikap dendam apabila rekan kerja maupun atasannya mengajukan keluhan maupun memberi kritik dan saran. Perawat harus mampu bersikap asertif dengan menggunakan keluhan tersebut sebagai umpan balik sehingga akan meningkatkan kinerja ke arah yang lebih baik.

c. Meminta pertolongan

Meminta pertolongan pada sebagian orang merupakan hal yang sulit. Hal ini tidak benar, karena manusia selalu membutuhkan pertolongan orang lain dalam kehidupannya. Setiap orang mempunyai hak untuk meminta pertolongan tetapi perlu dapat izin untuk memintanya. Ketika meminta pertolongan, bersikap asertif berarti menyatakan masalah dengan jelas dan membuat permintaan yang khusus. Seberapa lama orang harus bertahan dengan permintaannya adalah masalah penilaian, permintaan harus berakhir dengan pemahaman mengapa tidak dapat atau tidak bisa disetujui. Jangan mengakhiri permintaan sebelum titik ini dicapai. Dalam lingkup keperawatan, setiap perawat berhak meminta pertolongan kepada rekan kerja maupun atasannya secara langsung apabila perawat tidak mampu mengerjakan sendiri tugasnya.

d. Mengajukan hak

Mengajukan hak merupakan hak manusia tanpa terkecuali. Perbedaan dalam kekuasaan antara dua individu tidak merubah hak-hak dasar ini, meskipun kadang-kadang pihak yang kurang berkuasa harus mengingatkan hal ini kepada

pihak yang lebih berkuasa. Selain itu kita juga berhak untuk dapat mengambil keputusan atau melakukan tindakan tertentu berdasarkan hasil pemikiran sendiri, tanpa sikap emosional dan menegakkan kemandirian tanpa bermaksud menyakiti hati orang lain. Unsur kunci dari pengajuan hak ini hampir sama dengan unsur kunci dari permintaan pertolongan yaitu menyatakan masalah, membuat permintaan khusus untuk perbaikan atau perubahan, dan bertahan sampai seseorang telah mengkomunikasikan sebuah hal dengan efektif. Misalnya, "Saya mengerti bahwa kadang-kadang anda memerlukan saya untuk bekerja pada jam yang lebih siang daripada biasanya, saya tidak suka bila anda hanya sekedar mengharapkan hal ini dan tidak membicarakannya dengan saya. Bila anda memberi tahu terlebih dahulu saya yakin bahwa saya akan bisa memenuhi permintaan anda".

e. Ungkapan perasaan

Meskipun perasaan sering muncul dan tampak dari perilaku non verbal, orang mungkin tidak mengetahui perasaan orang lain kecuali jika perasaan itu diungkapkan melalui kata-kata. Sebagian sikap dari menjadi asertif adalah mengungkapkan emosi seperti perasaan marah dan kasih sayang. Perawat bisa menunjukkan perasaan ataupun keluhannya pada rekan kerja atau atasan secara bertahap serta memiliki dan mengarah pada tujuan dengan menggunakan informasi aktual dan spesifik yang mengarah pada tingkah laku. Ungkapan perasaan mengeluh itu sendiri harus mampu diungkapkan dengan ekspresi non verbal yang sesuai, mampu mengontrol emosi serta tidak menggunakan kata-kata kasar dan menghina. "Saya menghargai perkataan anda" merupakan cara yang lebih asertif untuk menanggapi ungkapan terima kasih daripada berkata "ah, itu tidak ada artinya" atau "itu sudah menjadi pekerjaan saya", yang akan mengecilkan arti si pengirim maupun penerima

pesan terima kasih tersebut. Namun, akan tetap ada situasi dimana individu berhak kesal atau tidak menyukai perilaku orang lain, jadi ungkapan perasaan kemarahan sebaiknya diungkapkan dengan tujuan untuk menghindarkan diri dari kesewenang-wenangan orang lain, meskipun tetap harus dengan cara yang wajar.

Menurut Lazarus dalam Ivelina *et al.*, 2013 mengidentifikasi 4 kebiasaan seseorang bersikap asertif, yaitu:

1. Kemampuan untuk terbuka mengungkapkan keinginan
2. Kemampuan untuk mengatakan tidak
3. Kemampuan untuk terbuka berbicara tentang perasaan positif dan negatif sendiri
4. Kemampuan untuk menjalin kontak, untuk memulai, mempertahankan dan mengakhiri percakapan

Menurut Jakubowski & Lange 1978 dalam Peneva 2013 dijelaskan bahwa setiap orang punya hak untuk:

1. Seseorang punya hak untuk menjadi dirinya sendiri tanpa merasa bersalah, karena pandangan setiap orang itu unik dan tidak harus selalu sama dengan orang lain dan tidak harus disamakan
2. Hak diperlakukan dengan hormat oleh siapapun
3. Hak untuk mengatakan "tidak" tanpa merasa bersalah. Setiap orang memiliki keterbatasan tenaga dan waktu, dan memikirkan kemampuan apa yang dimiliki untuk memenuhi kebutuhan mereka. Kemampuan untuk menolak merupakan bukan tindakan yang egois tapi merupakan tindakan membela hak diri sendiri.
4. Hak untuk mengungkapkan perasaan diri yang negatif. Menutupi perasaan negatif akan menimbulkan dendam dan bersalah. Namun tetap menjaga hubungan interpersonal yang baik sehingga tidak menciptakan situasi yang menjadi dasar permusuhan dan bisa mengurangi rasa saling percaya

5. Hak untuk mengambil keputusan dengan tenang
6. Kemampuan untuk mengubah pikiran yang sesuai dengan informasi yang dia dapat. Ini bukan merupakan sikap yang tidak konsisten tetapi merupakan sikap berfikir dari proses adaptasi
7. Hak untuk meminta apapun yang diinginkan. Orang lain tidak dapat menilai apa yang diinginkan orang lain, maka dibutuhkan sikap asertif tanpa rasa malu dan takut akan dinilai salah oleh orang lain.
8. Hak untuk melakukan sesuatu dengan minimal, karena diri menilai ada hal yang lebih penting, dalam hal ini bukan berarti lari tanggung jawab
9. Hak untuk meminta informasi, ketika seseorang ingin membuat keputusan penting harus mencari informasi terlebih dahulu
10. Hak untuk melakukan kesalahan. Setiap manusia tidak ada yang sempurna, dengan adanya sikap takut salah akan mengurangi pengalaman hidup.
11. Hak merasa dirinya dalam keadaan baik.

2.1.3. Prinsip-prinsip Asertif

Tubbs & Moss (2005) menjelaskan bahwa asertif mengandung 10 prinsip yaitu:

1. asertif bukanlah cara untuk mengubah perilaku orang lain, melainkan hanya cara mengubah reaksi diri sendiri atas perilaku orang lain
2. asertif adalah menjelaskan apa yang kita inginkan karena orang lain bukanlah orang yang harus bertanggung jawab untuk membaca pikiran kita
3. asertif adalah hal yang menegaskan bahwa kebiasaan bukanlah alasan untuk melakukan sesuatu
4. asertif bukanlah cara untuk membahagiakan orang lain, tetapi juga bukan untuk menyakiti orang lain
5. penolakan adalah hal yang wajar terjadi dalam suatu hubungan, jadi terimalah hal tersebut

6. asertif bukanlah cara untuk membiarkan diri menjadi korban
7. asertif adalah cara yang menunjukkan bahwa kekhawatiran tidak akan mengubah suatu keadaan
8. asertif adalah berusaha melakukan hal yang terbaik yang dapat dilakukan, dan bukanlah cara untuk membuat orang lain menyukai kita
9. asertif bukanlah kekerasan
10. asertif memiliki konsekuensi atas apa yang telah diungkapkan, jadi asertif berarti siap menerima konsekuensi dari apa yang telah diucapkan.

2.1.4. Aspek-aspek Perilaku Asertif

Perilaku asertif menurut Galassi (dalam Porpitasari, 2007) dapat ditunjukkan dalam 10 aspek dibawah ini, yaitu :

1. *Requesting Favors* (meminta bantuan), bahwa setiap perawat berhak untuk meminta bantuan kepada rekan kerja maupun atasannya. Perawat mampu meminta pertolongan secara langsung dan tidak bertele-tele apabila mereka tidak mampu mengerjakan tugasnya, namun mereka juga tidak akan meminta bantuan apabila masih sanggup mengerjakan tugas tersebut. Selain itu, para perawat yang asertif akan meminta izin secara sopan sebelum meminta tolong, memberikan penjelasan secara singkat terhadap permintaan tolong yang diajukan serta tidak lupa mengucapkan terima kasih setelah diberi pertolongan.
2. *Denying Request* (menolak permintaan), perawat yang asertif tidak akan sungkan untuk menolak memberi pertolongan namun tetap sopan dan jujur dalam memberikan penjelasan. Mereka juga harus mampu memberikan penjelasan singkat mengenai alasan menolak memberi bantuan, memberi alternatif bantuan serta tidak merasa bersalah secara berlebihan apabila tidak mampu menolong orang lain baik itu rekan kerja maupun atasannya.

3. *Disagree With Others* (mengungkapkan ketidaksetujuan terhadap orang lain), para perawat sebaiknya mampu mengungkapkan ketidaksetujuan secara tepat dan tidak menerima begitu saja pendapat orang lain baik itu rekan kerja maupun atasannya yang dianggap dominan. Perawat yang asertif akan mampu untuk memperbolehkan dirinya berbeda dengan orang lain, mereka juga memilih untuk tidak diam apabila tidak setuju terhadap pendapat orang lain. Perawat yang asertif juga mampu mengakhiri perdebatan yang sifatnya emosional dengan cara yang netral.

4. *Beginning Conversation and Knowing What to Say* (memulai pembicaraan dan mengetahui apa yang akan dikatakan), yang berarti perawat mampu untuk memulai pembicaraan dan mengetahui apa yang akan dikatakan kepada orang yang baru ditemui misalnya rekan kerja yang baru dikenal dan tidak menghindari orang secara sosial. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat mampu untuk memulai pembicaraan dengan orang yang baru serta menciptakan komunikasi dua arah.

5. *Saying What You Really Think* (mengatakan apa yang dipikirkan), menunjukkan kemampuan perawat dalam mengungkapkan secara verbal mengenai apa yang ada dalam pikiran mereka. Perawat dengan perilaku asertif mampu mengungkapkan apa yang ada dalam pikiran mereka serta menunjukkan ekspresi perasaan yang sesuai. Mereka juga mampu mengungkapkan opini secara netral dan tidak menggunakan opini mereka untuk menyerang orang lain baik itu rekan kerja maupun atasannya.

6. *Giving Compliments* (memberikan pujian), para perawat harus mampu memberikan pujian secara tepat, sesuai dan tidak berlebihan dan cocok dengan keadaan orang lain baik itu memberikan pujian kepada rekan kerja maupun atasan sebagai bentuk reward. Ungkapan pujian yang diberikan bukan untuk menyanjung orang lain namun sebagai tindakan menghargai kinerja orang lain. Mampu

memberikan pujian secara tepat, menunjukkan bahwa pujian diungkapkan dengan perasaan serta diikuti oleh bentuk non verbal yang sesuai. Selain itu, perawat yang asertif memberikan pujian dengan baik akan memberikan pujian secara singkat, langsung pada perilaku serta memperhatikan kondisi orang yang akan diberi pujian.

7. *Receiving Compliments* (menerima pujian), yang menunjukkan kemampuan dalam menerima pujian sebagai hal yang dirasa tepat untuk diterima perawat serta mampu untuk menunjukkan apresiasi yang tepat kepada pemberi pujian.

Perawat yang asertif akan mampu menerima pujian yang diberikan kepadanya, misalnya pujian yang diberikan oleh rekan kerja maupun atasan serta merasa berhak untuk mendapatkan pujian tersebut sebagai respon atas kinerja yang baik dari diri mereka. Mereka juga mampu untuk merespon pujian yang diberikan baik dalam pelayanan kesehatan maupun kinerja dengan ekspresi dan ungkapan sewajarnya.

8. *Making Complaints* (mengajukan keluhan), yang menunjukkan bahwa perawat mampu mengungkapkan keluhan kepada rekan kerja maupun atasannya secara bertahap serta memiliki dan mengarah pada tujuan serta menggunakan informasi aktual dan spesifik yang mengarah terhadap tingkah laku. Perawat juga harus mampu mengungkapkan keluhan dengan ekspresi non verbal yang sesuai, tidak bersikap subjektif, mampu mengontrol emosi serta tidak menggunakan kata-kata kasar dan menghina, perawat juga harus mau mengambil resiko dalam mengajukan keluhan tersebut.

9. *Receiving Complaints* (menerima keluhan), kemampuan perawat dalam menerima dan menghargai keluhan yang ditujukan kepada dirinya. Perawat dengan sikap asertif akan mampu membatasi isi dari keluhan sehingga akan mengarah pada perilaku yang spesifik serta tidak berujung pada tindakan kekerasan maupun emosional dengan memberikan penjelasan yang sifatnya konkrit sesuai dengan

keluhan yang diajukan. Perawat tidak menyimpan dendam terhadap orang lain baik terhadap rekan kerja maupun atasannya yang mengajukan keluhan. Mereka juga mampu untuk menggunakan keluhan tersebut sebagai umpan balik sehingga akan meningkatkan kinerja kearah yang lebih baik.

10. *Maintaining Eye Contact* (memelihara kontak mata), perawat yang asertif mampu mempertahankan kontak mata terhadap rekan kerja maupun atasannya dan memelihara kontak mata sebagai ekspresi non verbal dalam konteks pembicaraan. Hal tersebut dilakukan untuk menunjukkan kepercayaan diri dan ketertarikan terhadap komunikasi yang dilakukan. Kontak mata yang dilakukan mengarah langsung pada rekan pembicaraan dengan cara yang tegas dan bukan untuk mengintimidasi orang lain dalam pembicaraan.

Andrew Shalter dalam artikel *A Historical Approach to Assertiveness* 2013 mengidentifikasi 6 karakteristik asertif yaitu:

1. Mengekspresikan secara terbuka
2. Diperlukan ekspresi yang spontan dari perasaan
3. Kemampuan untuk menentang atau menolak pendapat orang lain melalui ekspresi langsung dan jelas
4. Menggunakan kata saya
5. Impulsiv dengan dirinya sendiri

2.1.5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Asertif

Menurut Setyawan, 2009 perilaku asertif yang dimiliki seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor, yaitu: jenis kelamin, pola asuh orang tua, usia, tingkat pendidikan, sosio ekonomi.

Menurut Rathus dan Nevid dalam Safitri, 2010, terdapat 6 faktor yang mempengaruhi perkembangan perilaku asertif, yaitu :

1. Jenis kelamin, faktor ini mempengaruhi perkembangan perilaku asertif. Lingkungan secara tidak langsung mengajarkan bahwa perilaku asertif kurang sesuai untuk perempuan, karena wanita pada umumnya lebih bersikap pasif yaitu sulit mengungkapkan perasaan dan pikirannya serta hal-hal yang kurang berkenan dihatinya dari pada laki-laki. Kimble 1992 dalam Retnaningsih, (2007) menyatakan bahwa perempuan lebih dapat bersikap asertif jika mereka dalam satu situasi dengan sesama jenisnya, dari pada laki-laki yang lebih bersikap kearah agresif.
2. *Self Esteem* disebut juga harga diri, individu yang berhasil berperilaku asertif adalah individu yang memiliki keyakinan. Orang yang memiliki keyakinan diri yang tinggi juga memiliki optimis yang tinggi, mereka memiliki kekhawatiran sosial yang rendah sehingga mampu untuk mengungkapkan pendapat dan perasaan tanpa merugikan orang lain dan diri sendiri.
3. Pendidikan dan intelegensi, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin luas wawasan berpikir sehingga memiliki kemampuan untuk mengembangkan diri dengan lebih terbuka. Perilaku asertif juga dipengaruhi oleh kemampuan setiap orang untuk merumuskan dan mengungkapkan buah pikirannya secara jelas sehingga dapat di mengerti dan dipahami oleh orang lain.
4. Tipe kepribadian, orang yang berperan aktif dalam proses komunikasi adalah mereka yang secara spontan dapat mengutarakan apa yang dipikirkan dan menanggapi setiap pendapat dari pihak lain. Sifat spontan ini biasanya sering dijumpai pada orang yang berkepribadian *ekstrovert*, yaitu terbuka dan mudah memulai interaksi dengan orang lain. Namun, tidak menutup kemungkinan bagi orang yang berkepribadian *introvert* untuk memiliki kemampuan berperilaku asertif, karena orang yang berkepribadian ini juga memiliki alasan mengapa mereka cenderung tertutup.

Diantara ciri introvert yaitu mampu menahan diri terhadap luapan perasaan dan pengaruh prasangka terhadap orang lain dan situasi disekitarnya.

5. Kebudayaan, mempunyai peran yang besar dalam mendidik perilaku asertif. Misalnya pada budaya Jawa yang menekankan prinsip kerukunan dan keselamatan sosial, seorang anak sejak kecil telah dilatih untuk bersikap pasif terutama wanita.
6. Usia, merupakan salah satu faktor yang menentukan munculnya perilaku asertif. Pada anak kecil, perilaku asertif belum terbentuk. Struktur kognitif yang ada belum memungkinkan mereka untuk menyatakan apa yang diinginkan dengan bahasa verbal yang baik dan jelas. Pada usia remaja dan dewasa, perilaku asertif menjadi lebih berkembang, sedangkan pada masa lanjut usia asertifitas menjadi tidak begitu jelas perkembangan dan penurunannya.

Penilaian perilaku asertif menggunakan kuesioner yang telah di uji validitas dan reliabilitas terhadap 25 keluarga pasien dimana kuesioner terdapat 15 pernyataan tentang perilaku asertif perawat

Penilaian skor asertif perawat:

Skor 0 : tidak pernah

Skor 1 : kadang-kadang

Skor 2 : sering

Skor 3 : selalu

Pengkategorian nilai asertif perawat:

Rendah : 0 – 15

Sedang : 16 – 30

Tinggi : 31 - 45

2.2. Kecemasan

2.2.1. Pengertian Kecemasan

Cemas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh

situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Murwani, 2008). Sedangkan menurut Stuart, 2007 kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas.

Cemas memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung dengan tingkat cemas, lama cemas yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap cemas. Cemas dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, dan berat. Setiap tingkat menyebabkan perubahan emosional dan fisiologis pada individu (Videbeck, 2008)

Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis (Tomb, 2000). Stuart, 2001 mengatakan kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Cemas berbeda dengan rasa takut, takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Cemas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Menurut Wignyosoebroto, 1981 dalam Purba *et al.*, 2009, takut mempunyai sumber penyebab yang spesifik atau objektif yang dapat diidentifikasi secara nyata, sedangkan cemas sumber penyebabnya tidak dapat ditunjuk secara nyata dan jelas.

Kecemasan adalah kondisi membingungkan yang muncul tanpa alasan dari kejadian yang akan datang. Kecemasan akan muncul pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya sedang sakit. Bila salah satu anggota keluarga sakit maka hal tersebut akan menyebabkan terjadinya krisis keluarga. Kecemasan merupakan respon yang tepat terhadap suatu ancaman, tetapi kecemasan dapat menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman (Nevid *et al.*,

2005)

2.2.2. Penyebab Kecemasan

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart dan Sundeen, 1998) :

1. Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan.

Timbulnya kecemasan merupakan upaya meningkatkan ego ada bahaya.

2. Teori Interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal.

Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

3. Teori Perilaku (*Behavior*)

Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan.

4. Teori Prespektif Keluarga

Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang maladaptif dalam sistem keluarga.

5. Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnya

yang mengatur kecemasan, antara lain : *benzodiazepines*, penghambat asam amino butirik-gamma *neroregulator* serta *endofirin*. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap kecemasan.

Tabel 2.1 Respon fisiologis terhadap ansietas (Stuart & Sundeen 1995)

Sistem Tubuh	Respon
Kardiovaskuler	Palpitasi, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun, jantung seperti terbakar.
Pernafasan	Nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorok, sensasi tercekik, terengah-engah.
Neuromuskuler	Reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, wajah tegang, kelemahan umum, gerakan yang janggal.
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan, menolak makan, abdomen <i>discomfort</i> , mual, diare.
Traktus Urinarius	Tidak dapat menahan kencing, sering kencing.
Kulit	Wajah kemerahan, telapak tangan berkeringat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat.

2.2.3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2004). Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum menurut Hawari, 2004 antara lain adalah sebagai berikut :

1. Gejala psikologis : pernyataan cemas, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
2. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan

3. Gangguan konsentrasi daya ingat
4. Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

2.2.4. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart, 2006 dalam Suliswati, 2014 ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

1. Kecemasan Ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari, individu masih waspada serta lapang presepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan.

2. Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. kecemasan ini mempersempit lapang presepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3. Kecemasan Berat

Lapangan presepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Panik

Berhubungan dengan ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami

panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

Menurut Hawari (2004), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut :

1. Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur: sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.
6. Perasaan depresi (murung) : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik/ fisik (otot) : sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk dan suara tidak stabil.
8. Gejala somatik/ fisik (sensorik) : tinnitus (telinga berdenging), penglihatan

- kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
 10. Gejala respiratori (pernafasan) : rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas pendek/sesak.
 11. Gejala gastrointestinal (pencernaan) : sulit menelan, perut melligit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.
 12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi.
 13. Gejala autoimun : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.
 14. Tingkah laku/ sikap : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/ dahi berkerut, wajah tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka antara 0 -4, dengan penilaian sebagai berikut :

Nilai 0 : tidak ada gejala (keluhan)

Nilai 1 : gejala ringan

Nilai 2 : gejala sedang

Nilai 3 : gejala berat

Nilai 4 : gejala berat sekali/ panik

Masing-masing nilai angka dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu :

total nilai: kurang dari 14 = tidak ada kecemasan, 14-20, kecemasan ringan, 21-27 = kecemasan sedang, 28-41 = kecemasan berat, 42-56 = kecemasan berat sekali (Hawari, 2001).

2.2.5. Rentang Respon Kecemasan

Menurut Stuart (2013), rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah panik dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku maupun kognitif.



Gambar 2. Skema Rentang Respon Kecemasan

2.2.6. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan

a. Faktor Predisposisi

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan (Stuart, 2013). Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Teori Psikoanalitik

Menurut teori psikoanalitik Sigmund Freud, kecemasan timbul karena konflik antara elemen kepribadian yaitu id (*insting*) dan super ego (nurani).

Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang dan dikendalikan norma budayanya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari

dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

2. Teori Interpersonal

Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

3. Teori Behavior

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4. Teori Perspektif Keluarga

Kecemasan dapat timbul karena pola interaksi yang tidak adaptif dalam keluarga.

5. Teori Perspektif Biologi

Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus *Benzodiazepine*. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus kecemasan (Stuart, 2013). Faktor pencetus tersebut adalah :

1. Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

2.2.7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga

1. Umur

Menurut Elisabeth, B.H, 1995 dalam Nursalam 2001, umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Pendapat lain mengemukakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat. Menurut Long 1996 dalam Nursalam 2001, yaitu semakin tua umur seseorang semakin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah maka akan sangat mempengaruhi konsep dirinya. Umur dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang

3. Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan usaha kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk mencapai hidup secara optimal, semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Jadi dapat diasumsikan bahwa faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan seseorang tentang hal baru yang belum pernah dirasakan atau sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang terhadap kesehatannya

4. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi merupakan cara mencari nafkah yang banyak tantangan

(Nursalam, 2001).

5. Informasi

Informasi adalah pemberitahuan yang dibutuhkan keluarga dari staf ICU mengenai semua hal yang berhubungan dengan pasien yang dirawat di ruang

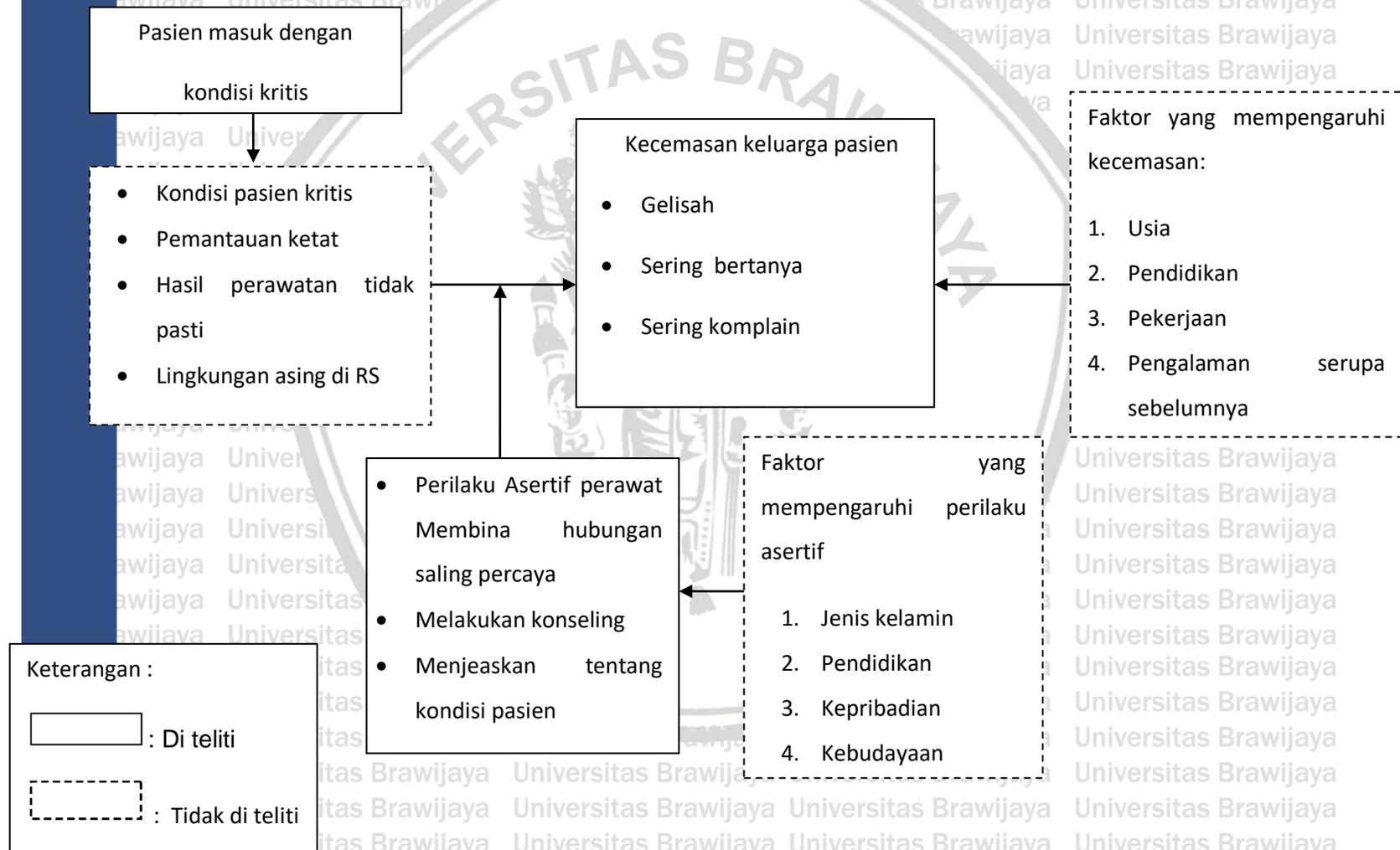
ICU. Kebutuhan akan informasi meliputi informasi tentang perkembangan penyakit pasien, penyebab atau alasan suatu tindakan tertentu dilakukan pada pasien, kondisi sesungguhnya mengenai perkembangan penyakit pasien, kondisi pasien setelah dilakukan tindakan/pengobatan, rencana pindah atau keluar dari ruangan, dan informasi mengenai peraturan di ruang ICU.



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1. Kerangka Penelitian



3.2. **Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian ini adalah semakin asertif perawat maka kecemasan keluarga pasien semakin turun.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian observasional dengan desain *cross sectional*, bentuk desain penelitian ini di ambil karena variabel sebab atau resiko dan akibat yang terjadi pada objek penelitian di ukur dan dikumpulkan secara sesaat dalam satu kali waktu yang bersamaan dan tidak terdapat *follow up* setelah penelitian selesai.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Keluarga pasien yang menunggu di RHCU dr. Saiful Anwar Malang sebanyak 32 pasien.

4.2.2. Sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus:

$$n = N : (1 + N e^2)$$

$$n = 32 : (1 + 32 (0.05^2))$$

$$n = 32 : 1.08$$

$$n = 29.6 \text{ dibulatkan jadi } 30$$

keterangan:

n = jumlah sampel

e = batas toleransi kesalahan

N = jumlah populasi

(0.05)

Kriteria inklusi :

1. Keluarga yang menunggu pasien RHCU dengan kriteria pasien dengan ketergantungan total dan ketergantungan berat
2. Keluarga pasien dengan lama rawat 3 sampai dengan 5 hari
3. Keluarga yang bertanggung jawab mengambil keputusan atas tindakan medis dan keperawatan
4. Keluarga yang usianya antara 30 sampai dengan 50 tahun

Kriteria eksklusi :

1. Keluarga yang tidak merawat pasien selama di rumah sakit
2. Keluarga yang biasa merawat di rumah, namun tidak menunggu pasien di rumah sakit

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling yaitu semua populasi di ambil sebagai sampel.

4.3. Variabel Penelitian**4.3.1. Variabel bebas**

Variabel bebas pada penelitian ini adalah perilaku asertif perawat RHCU

4.3.2. Variabel terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kecemasan keluarga pasien RHCU

4.4. Lokasi dan Waktu Pengambilan**4.4.1. Lokasi**

Penelitian ini dilaksanakan di RHCU RSUD dr. Saiful Anwar Malang

4.4.2. Waktu penelitian

Penelitian ini mulai tanggal 23 November sampai dengan 5 Desember 2019.

4.5. Bahan dan Instrumen Penelitian

Alat penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner mengenai hubungan perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien RHCU. Kuesioner yang akan digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner terkait dengan perilaku asertif perawat yang terdiri dari 15 pernyataan positif yang akan dinilai 3 jika jawaban Sangat Setuju (SS), nilai 2 jika jawaban Setuju (S), nilai 1 jika jawaban Tidak Setuju (TS), dan nilai 0 jika jawaban Sangat Tidak Setuju (STS). Jadi total nilai tertinggi adalah 45 dan nilai terendah adalah 0.

Kuesioner yang akan digunakan untuk mengukur kecemasan keluarga pasien adalah HARS yang terdiri dari 14 pertanyaan, skor 0 tidak ada (tidak ada gejala sama sekali), 1 ringan (satu gejala dari pilihan yang ada), 2 sedang (separuh dari gejala yang ada), 3 berat (lebih dari separuh gejala yang ada), 4 berat sekali (semua gejala ada). Nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 56.

4.6. Uji Validitas

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan *korelasi product moment* dan di olah dengan *software* SPSS versi 22. Suatu butir pertanyaan dikatakan valid jika nilai hitung yang merupakan nilai dari *Corrected Item-Total Correlation* > r tabel (Nugroho, 2005). Perhitungan dilakukan dengan

membandingkan nilai r hitung dengan r tabel untuk *degree of freedom* (df)= n-2, dalam hal ini n adalah jumlah sampel (Imam Ghozali, 2011).

Uji validitas kuisisioner dikatakan valid jika nilai r hitung > r table, r table dapat di lihat pada table r statistic, dimana nilai df = (N-2), nilai N diatas 15 dan jika mengikuti rumus maka df = 15-2= 13. Jadi kita melihat nilai df 13= 0,514. Jika nilai itemnya lebih kecil dari 0,514 maka item tersebut tidak valid. Uji validitas dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada waktu dan sampel yang berbeda. Kuisisioner yang akan di uji validitas adalah kuisisioner asertif perawat. Sedangkan kuisisioner HARS pernah di uji validitas oleh Kautsar (2015) yang didapatkan hasil bahwa *Corrected Item Total Correlation* seluruh soal memiliki nilai positif dan lebih besar dari 0.05, yang dapat diartikan seluruh kuisisioner valid.

4.7. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan.

Uji reliabilitas kuisisioner kecemasan ini menggunakan rumus *konsistensi internal alpha chronbach*, adapun rumusnya sebagai berikut:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S^2j}{S^2x} \right)$$

Keterangan:

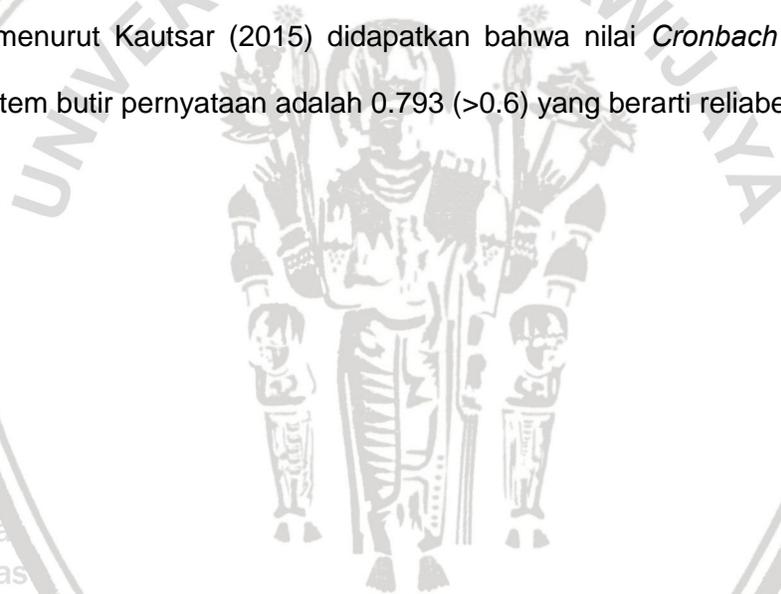
α : koefisien reliabilitas alpha

k : jumlah item

S_j : varians responden untuk item pertanyaan

S_x : jumlah varians skor total

Uji reliabilitas diperoleh dengan bantuan program SPSS for windows, dimana indikator instrumen dinyatakan reliabel adalah $\geq 0,600$. Sebaliknya apabila instrumen memiliki tingkat keadaan koefisien $< 0,600$ maka instrumen tersebut dikatakan tidak reliabel. Suatu variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *Cronbach Alpha* $> 0,600$ (Nugroho, 2005). Peneliti akan menguji reliabilitas instrument asertif perawat. Sedangkan instrument HARS menurut Kautsar (2015) didapatkan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* dari 14 item butir pernyataan adalah 0.793 (>0.6) yang berarti reliabel.



4.8. Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala ukur	Hasil Ukur
1.	Independent: Perilaku asertif perawat	Kemampuan untuk mengkomunikasikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan perawat kepada keluarga pasien namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan keluarga pasien.	1. Verbal 2. Non Verbal	Kuesioner	Interval	Skor perilaku asertif perawat 0-45
2.	Dependent: Kecemasan keluarga pasien	Kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang di ungkapkan keluarga pasien berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya	1. Fisik 2. Psikis	Kuesioner	Interval	Skor kecemasan keluarga pasien 0 - 56

4.9. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui 2 tahap yaitu tahapan persiapan dan tahapan pelaksanaan. Adapun prosedur dalam penelitian ini yaitu:

4.9.1. Tahap Pesiapan

- a) Peneliti mengurus surat pengambilan data awal di sekretariat
- b) Peneliti meminta ijin kepada pihak bagian diklat RSSA Malang.
- c) Peneliti memilih rumah sakit yang dijadikan tempat uji kuesioner penelitian
- d) Peneliti melakukan uji coba kuesioner penelitian yang telah disusun di luar RSSA untuk melihat validitas dan reabilitas kuesioner penelitian yang akan digunakan.

4.9.2 Tahap Pelaksanaan.

- a) Peneliti mengurus surat ijin penelitian dari Sekretariat Tugas Akhir Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
- b) Peneliti mengurus etik penelitian di Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Peneliti meminta ijin kepada pihak bagian diklat RSSA Malang untuk melakukan pengambilan data penelitian.
- c) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
- d) Peneliti membagikan *informed consent* sebagai tanda persetujuan responden untuk mengikuti penelitian.
- e) Peneliti menjelaskan tata cara pengisian kuesioner kepada responden.

f) Peneliti memandu responden dalam pengisian identitas diri dan kuesioner yang telah dibagikan. Pengisian kuesioner dengan cara memberi tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden.

g) Peneliti akan menjawab pertanyaan apabila terdapat responden yang belum mengerti terhadap isi kuesioner.

h) Setelah responden selesai mengisi kuesioner, peneliti memberikan *reward*.

i) Setelah kuesioner terkumpul semua, peneliti melakukan pengolahan data.

j) Peneliti menyusun laporan penelitian

4.10. Analisis Data

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Proses *editing* dilakukan untuk meneliti kembali apakah isian lembar kuesioner sudah lengkap atau belum. *Editing* dilakukan di tempat pengumpulan data, sehingga apabila ada kekurangan dapat segera dilengkapi.

2. *Coding* merupakan usaha mengklasifikasikan jawaban atau hasil yang menurut yang ada. Klasifikasi dilakukan dengan menandai masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, kemudian dimasukkan dalam lebaran tabel untuk mempermudah dalam membaca.

a. Responden di beri kode R

b. Jenis kelamin



Laki-laki : kode 1

Perempuan : kode 2

c. Usia

30-40 : kode 1

41-50 : kode 2

d. Pendidikan terakhir

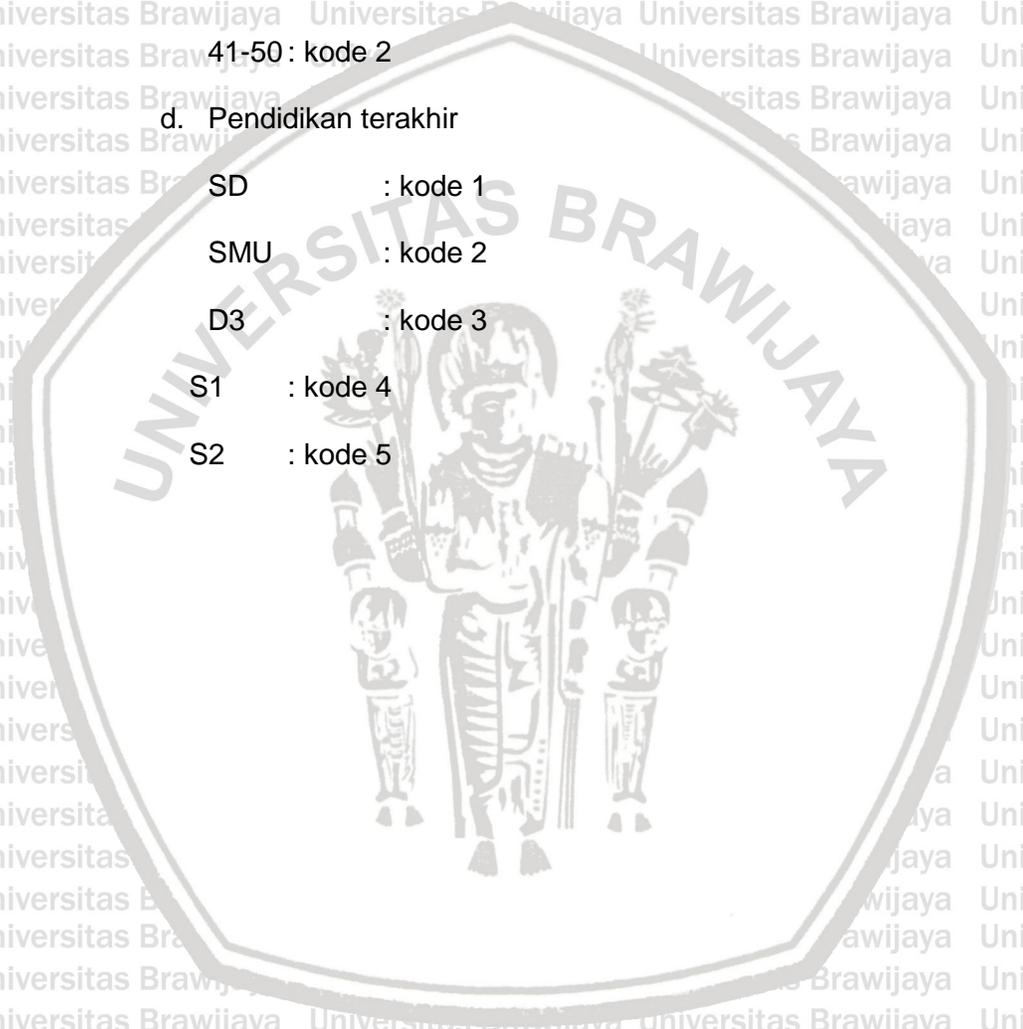
SD : kode 1

SMU : kode 2

D3 : kode 3

S1 : kode 4

S2 : kode 5



3. Scoring

Scoring adalah memberikan skor terhadap semua item yang telah di isi oleh responden. Kegiatan pemberian skor dilakukan pada setiap lembar kuesioner sesuai dengan skor pada definisi operasional.

Beberapa cara pemberian skor pada penelitian ini skor perilaku asertif perawat rentang 0-45, Skor kecemasan keluarga pasien rentang skor 0 - 56

4. Tabulating

Kegiatan memasukkan data-data penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria sehingga didapatkan jumlah data sesuai dengan kuesioner

4.10.1. Analisis univariat

Mendeskripsikan masing-masing variabel dan karakteristik responden. Variabel bebas dan terikat ditampilkan dalam distribusi frekuensi. Adapun variabel bebas dalam penelitian ini adalah perilaku asertif perawat, sedangkan variabel terikat yaitu kecemasan keluarga pasien. Karakteristik dasar keluarga pasien yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan akan dianalisis secara univariat, selain itu karakteristik perawat yang terdiri dari usia, jenis kelamin, usia, pendidikan, budaya juga di analisis secara univariat.

4.10.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari tahu hubungan dua variabel. Dalam penelitian ini analisis bivariatnya yaitu hubungan perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien. Analisa

data menggunakan uji Pearson jika distribusi normal, jika tidak normal menggunakan uji Spearman. Uji normalitas menggunakan Shapiro Wilk karena sampel kurang dari 50. Kemudian untuk memutuskan apakah terdapat hubungan antara variabel bebas dan terikat, maka digunakan p value yang dibandingkan dengan tingkat kesalahan (α) yaitu 5% atau 0.05. apabila p value < 0.05 maka H_0 di tolak dan H_a (hipotesis penelitian) diterima, yang berarti ada hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat, sedangkan bila p value > 0.05 maka H_0 diterima dan H_a (hipotesis penelitian) ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Arah korelasi ditentukan oleh tanda koefisien korelasi. Apabila (+) maka arah hubungannya adalah positif, yaitu semakin besar nilai satu variabel maka akan semakin besar nilai variabel lainnya.

Interepretasi nilai koefisien:

1. 0,800-1,000 = sangat kuat
2. 0,600-0,799 = kuat
3. 0,400-0,599 = sedang
4. 0,200-0,399 = rendah
5. 0,000-0,199 = sangat rendah

4.11. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan Nomor: 400/254/K.3/302/2019. Etika yang

diterapkan dalam penelitian ini berdasarkan prinsip-prinsip etik yang digunakan dalam penelitian (Hidayat, 2009):

1. *Respect for Persons* (prinsip menghormati harkat dan martabat manusia)

Pada penelitian ini, peneliti melakukan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia pada responden dengan cara memberikan lembar persetujuan atau *informed consent* dan penjelasan mengenai prosedur penelitian kepada responden. *Informed consent* ini diberikan sebelum penelitian dilakukan, Hal ini bertujuan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampak yang ditimbulkan. Di dalam *informed consent*, nama responden tidak dicantumkan melainkan diganti kode (*Anonimity*). Dan informasi yang telah diberikan responden serta semua data yang terkumpul akan dijamin kerahasiaan oleh peneliti *confidentially* (kerahasiaan).

2. *Beneficence* (prinsip berbuat baik) dan *Non Maleficence* (tidak merugikan)

Peneliti menjelaskan kepada responden terkait manfaat berpartisipasi dalam penelitian ini yaitu dapat mengetahui hubungan perilaku asertif perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien, yang dapat dijadikan gambaran perilaku asertif perawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sehingga dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan kualitas perawat dalam memberikan pelayanan. Hal ini juga bermanfaat bagi keluarga pasien yaitu sebagai saran untuk mengungkapkan apa yang

dirasakan oleh keluarga pasien terkait perilaku perawat saat berinteraksi dengan keluarga pasien.

3. *Justice* (Prinsip Keadilan)

Pada penelitian ini, peneliti bertindak adil pada responden yang bersedia menjadi objek penelitian. Peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden. Peneliti tidak memberikan perlakuan yang berbeda terhadap responden.





BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini memaparkan tentang hasil penelitian yang terdiri dari karakteristik perawat dan responden (keluarga pasien) di ruang RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, gambaran sikap asertif perawat RHCU, gambaran kecemasan keluarga pasien di ruang RHCU serta hubungan sikap asertif perawat dengan kecemasan keluarga.

5.1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1. Karakteristik keluarga pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia responden (tahun)		
30-40	12	40
41-50	18	60
Total	30	100
Jenis kelamin		
Laki-laki	7	23.3
Perempuan	23	76.7
Total	30	100
Pendidikan		
SD	8	26.7
SMP	4	13.3
SMA	13	43.3
D/S1	5	16.7
Total	30	100
Pekerjaan		

Swasta	12	40
Buruh	5	16.7
Ibu rumah tangga	10	33.3
Lain nya	3	10
Total	30	100
Suku		
Jawa	29	96.7
Madura	1	3.3
Total	30	100
Agama		
Islam	27	90
Kristen	3	10
Total	30	100

Tabel 5.1 merupakan data mengenai karakteristik keluarga pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Dari data tersebut didapatkan bahwa usia keluarga yang menunggu sebagian besar berusia 41-50 tahun yaitu 60% atau 18 responden, sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 76.7% atau 23 responden. Kemudian pekerjaan yang paling banyak adalah bekerja di sektor swasta yaitu sebesar 40% selanjutnya di urutan kedua adalah berperan sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 33.3%. Suku keluarga pasien mayoritas adalah suku Jawa sebanyak 96.7% atau 29 responden, sedangkan sisanya adalah dari suku Madura yaitu 3.3%. Sedangkan agama keluarga pasien sebagian besar adalah Islam sebesar 90% atau 27 responden dan sisanya adalah beragama Kristen atau 10%.

Tabel 5.2 karakteristik perawat ruang RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia perawat (tahun)		
26-30	3	18.7
31-25	5	31.3
36-40	4	25
41-45	2	12.5
56-60	2	12.5
Total	16	100
Jenis kelamin		
Laki-laki	8	50
Perempuan	8	50
Total	16	100
Agama		
Islam	15	93.7
Kristen	1	6.3
Total	16	100
Pendidikan		
S1 keperawatan	5	31.3
D3 keperawatan	11	68.7
Total	16	100
Status kepegawaian		
PNS	7	43.7
Non PNS	9	56.3
Total	16	100
Masa kerja (tahun)		



Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
< 5	3	18.7
5-10	7	43.7
11-20	4	25
21-25	1	6.3
26-30	1	6.3
Total	16	100

Berdasarkan table 5.2 didapatkan bahwa jumlah perawat di ruang RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang adalah 16 perawat yang terdiri dari 8 perawat laki-laki dan 8 perawat perempuan. Sebagian besar usia perawat adalah antara 31-35 tahun yaitu 5 perawat, selanjutnya adalah usia 36-40 tahun sebanyak 4 perawat, usia 26-30 tahun sebanyak 3 perawat dan yang berusia 41-45 tahun dan 56-60 tahun masing-masing 2 perawat. Mayoritas perawat beragama Islam (93.7%) dan 6.3% atau 1 perawat beragama Kristen. Pendidikan perawat S1 adalah 5 orang atau 31.3% sedangkan yang berpendidikan D3 sebanyak 11 perawat atau 68.7%. Perawat dengan status kepegawaian sebagai PNS sebanyak 7 perawat, Non PNS sejumlah 9 perawat dan perawat dengan masa kerja 5-10 tahun adalah yang terbanyak.

5.2. Data analisis perilaku asertif perawat dan kecemasan keluarga pasien

5.2.1. Perilaku asertif perawat

Tabel 5.3 Distribusi nilai perilaku asertif perawat di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Variabel	Mean	SD	CI 95% lower–Upper
Perilaku asertif perawat	31.13	9.077	27.74 – 34.52

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa rata-rata nilai asertif perawat adalah 31.13 dengan standar deviasi adalah 9.077 nilai minimum perilaku asertif perawat adalah 13 dan tertinggi adalah 45 dan batas atas 27.74 serta batas bawah 34.52.

Tabel 5.4. Distribusi komponen asertif perawat

Komponen asertif	Mean	SD	CI 95% lower-upper
Verbal	8.23	2.738	7.21 -9.26
Non verbal	18.67	5.868	16.48 – 20.86

Table 5.4 menjelaskan bahwa komponen asertif perawat yang paling besar adalah komponen non verbal yaitu memiliki rerata 18.67, sedangkan komponen verbal memiliki nilai rerata sebesar 8.23. Namun komponen non verbal memiliki standar deviasi lebih besar daripada komponen verbal yaitu 5.868, sedangkan komponen verbal 2.738. dapat disimpulkan bahwa komponen verbal penyebarannya lebih merata daripada komponen non verbal. Sementara batas atas dan bahwa komponen verbal juga lebih dekat daripada komponen non verbal.

5.2.2. Kecemasan keluarga pasien

Tabel 5.5 Distribusi nilai kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Variabel	Mean	SD	CI 95% lower -Upper
Kecemasan keluarga pasien	22.10	12.212	17.54 – 26.66

Tabel 5.5 menerangkan bahwa rata-rata nilai kecemasan keluarga pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang adalah 22.10 dengan standar deviasi adalah 12.212. sementara nilai terendah adalah 1 dan tertinggi adalah 44.

Table 5.6. Distribusi komponen kecemasan keluarga pasien

Variabel	Mean	SD	CI 95% lower –Upper
Fisik	5.87	3.481	4.57-7.17
Psikis	9.769	19.88	12.59-16.23

Table 5.6 menerangkan bahwa komponen psikis memiliki rerata 9.769 yang memiliki nilai lebih besar dari pada nilai rerata komponen fisik yaitu 5.87. Dan standar deviasi komponen fisik lebih merata daripada komponen psikis. Sedangkan batas atas dan bawah komponen fisik lebih dekat daripada komponen non fisik.

5.3. Uji analisa hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Hasil uji normalitas didapatkan nilai signifikansi >0.05 , artinya nilai residual berdistribusi normal, dengan nilai uji normalitas sebesar 0.241 untuk variable perilaku asertif perawat dan nilai signifikansi 0.274 untuk variable kecemasan keluarga pasien. Maka uji bivariat yang digunakan untuk melihat hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien menggunakan uji Pearson dengan program aplikasi SPSS versi 16.

Tabel 5.7 Hasil analisa hubungan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien dengan menggunakan uji pearson

Variabel	Koefisien korelasi	p-value
Perilaku asertif perawat	-0.584	0.001
Kecemasan keluarga pasien		

Berdasarkan tabel 5.7 dapat di lihat bahwa hubungan variabel perilaku asertif perawat memiliki keterkaitan yang signifikan karena mempunyai *p-value* sebesar $(0.001) < 0.05$. Koefisien korelasi yang dihasilkan menunjukkan besarnya hubungan antara variable bebas yaitu variabel X (perilaku asertif perawat) dengan nilai *r* (koefisien korelasi) sebesar -0.584. nilai koefisien korelasi pearson bernilai negatif yang artinya saat variabel X (perilaku asertif perawat) semakin tinggi, maka variabel Y (kecemasan keluarga pasien) akan semakin rendah. Nilai korelasi ini menunjukkan bahwa hubungan antara variabel bebas yaitu perilaku asertif perawat dan variabel terikat yaitu kecemasan keluarga pasien memiliki korelasi sedang.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Perilaku Asertif Perawat

Hasil penelitian di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang menunjukkan bahwa perilaku asertif perawat dalam rentang tinggi yaitu 31.13 ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Purba, 2016 yang menjelaskan bahwa 82.5% perilaku asertif perawat kategori baik. Penelitian lain oleh Mutmainah & Nurman (2019) juga menunjukkan perilaku asertif adalah tinggi sebesar 77.77%. Berdasarkan hasil penelitian komponen asertif yang terbesar yaitu komponen non verbal yang memiliki nilai rerata 18.67 dimana item tertinggi pada postur tubuh perawat yang tegak saat berbicara dengan keluarga dan skor item terendah pada kurang sesuainya ekspresi tubuh saat tidak sesuai dengan sikap, misalnya tidak tersenyum saat marah.

Sedangkan komponen verbal memiliki rerata 8.23 dimana item tertinggi pada item perawat lancar ketika berbicara, intonasi suara perawat mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan, dan mengartikan kestabilan emosi perawat dalam merawat pasien (Zan, 2017). Namun item terendah yaitu pada item memberi pujian saat keluarga pasien melakukan hal yang benar.

Data demografi perawat menunjukkan bahwa sebagian besar berusia 31-35 tahun yaitu 31.3% perkembangan pada usia ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan dengan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya (Aziz, 2012) yang dapat dihubungkan dengan perilaku asertif yang salah satu aspek nya adalah sikap

keterbukaan dan kejujuran dalam menolak permintaan, mengungkapkan ketidaksetujuan, mengungkapkan secara perasaan secara terbuka. Masa kerja sebagian besar perawat RHCU adalah 5-10 tahun, sedangkan pendidikan perawat sebagian besar adalah D3 keperawatan yaitu 68%. Masa kerja, pendidikan, akan berpengaruh terhadap kinerja karyawan termasuk komunikasi karyawan yaitu semakin lama masa kerja dan tinggi pendidikan akan meningkatkan kemampuan kerja yang berpengaruh terhadap peningkatan produktivitas karyawan sesuai penelitian yang dilakukan oleh Kereh *et al.*, 2018 terhadap karyawan PT PLN di Manado. Menurut Onyeizugbho, 2003 disebutkan bahwa seorang dengan pendidikan lebih tinggi memiliki kemampuan asertif yang lebih tinggi karena adanya tuntutan dari pendidikan yang harus di tempuh. Jenis kelamin perawat adalah 50% laki-laki, dan 50% perempuan, menurut Fukuyama dan Greenfield, 1985 dalam Laksono, 2015 mengatakan bahwa laki-laki lebih asertif dibandingkan perempuan, ada dua penyebab perempuan lebih tidak asertif dibandingkan laki-laki perempuan yaitu karena lebih sulit mengatakan "tidak" dan sulit meminta tolong (Shaevits, 1993 dalam Laksono, 2015).

Data demografi perawat didapatkan bahwa 100% adalah dari suku Jawa, dalam kehidupan masyarakat Jawa berkembang nilai rukun dan nilai hormat yang bertujuan untuk mempertahankan masyarakat dalam keadaan yang harmonis (Ali, 1986 dalam Wahyuni, 2015), selain itu masyarakat Jawa juga terkenal dengan sikap yang tertutup dan tidak mau berterus terang untuk menjaga harmoni atau keserasian dan menghindari konflik (Suseno, 1985 dalam Wahyuni, 2015), namun dalam penelitian yang dilakukan di SMAN 3 Ponorogo menunjukkan hasil bahwa

responden menjunjung tinggi budaya Jawa dengan tetap memiliki asertifitas yang tinggi. Hal ini berarti budaya Jawa bukan menjadi penghalang atau sesuatu yang membatasi untuk berperilaku asertif (Wahyuni, 2015).

6.2. Kecemasan Keluarga Pasien

Kecemasan keluarga pasien rata-rata adalah kategori cemas sedang yaitu sebesar 22.10. Data tersebut sesuai dengan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kiptiyah, 2013 di ruang Intensif RSUD Cibinong dan penelitian yang dilakukan oleh Astuti & Sulastri, 2012. Penelitian lain oleh Irawati (2013) didapatkan skor kecemasan sedang sebesar 51.5% Berdasarkan skor item kuesioner komponen cemas yang paling banyak muncul pada keluarga pasien adalah komponen psikis memiliki rerata 9.769, item ketegangan memiliki skor paling besar, responden merasakan mudah menangis, mudah terkejut, tidak bisa istirahat dengan tenang, merasa tegang, gelisah.

Komponen fisik memiliki rerata sebesar 5.87 dimana item kuesioner dengan jumlah terbesar adalah item gangguan tidur. Gangguan Tidur yaitu susah memulai tidur, terbangun di malam hari, tidur tidak nyenyak, banyak mimpi-mimpi dan mimpi buruk yang menakutkan. Menurut Craven & Hirnle, 1991 dalam Karoti, 2013 bahwa perawatan di rumah sakit menimbulkan gangguan tidur karena kondisi penyakit, biaya pengobatan, dan prosedur tindakan medis, sedangkan menurut Miller, 1995 dan Fordham, 1991 dalam Karoti, 2003 menerangkan bahwa cemas dan depresi dapat membangunkan pasien atau keluarga dari tidurnya, sulit tertidur kembali dan bangun lebih pagi.

Mayoritas responden adalah berjenis kelamin perempuan yaitu 76% hal ini dikuatkan oleh teori Myers, 1983 dalam Retno, 2007 yang menyatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya di banding dengan laki-laki yang cenderung lebih aktif dan eksporatif. Usia responden adalah sebagian besar 41-50 tahun, ini adalah usia dewasa akhir dimana pada usia 40-50 tahun pada wanita terjadi penurunan hormon estrogen dan progesterone yang akan mengakibatkan dampak fisik dan psikologis diantaranya adalah sedih berlebihan, tertekan, berfikiran negatif, sampai sulit tidur (Saimin, 2016). Kecemasan tingkat sedang ini disebabkan oleh kondisi pasien yang kondisinya masih belum stabil, karena peneliti mengambil data pada hari ke 3 sampai dengan 5 hari perawatan di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

6.3. Analisis Hubungan antara Perilaku Asertif Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku asertif perawat adalah kategori tinggi dengan rata-rata 31.13. sedangkan hasil kecemasan keluarga pasien yaitu kecemasan sedang dengan nilai rata-rata 22.10. Hasil uji analisis Pearson pada penelitian ini memiliki nilai sig (2-tailed) sebesar $0.001 < 0.05$ yang mana menunjukkan H_0 di tolak, H_1 di terima yang artinya ada hubungan yang signifikan antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien dengan kekuatan hubungan sedang. Hal ini dibuktikan dengan nilai koefisien korelasi 0.584 dan memiliki arah hubungan negatif, artinya apabila perilaku asertif perawat tinggi maka kecemasan keluarga pasien akan menurun.

Penelitian yang dilakukan oleh Widiati menjelaskan bahwa ada hubungan antara dukungan perawat dengan kecemasan pasangan yang menunggu di ruang intensif di RS wilayah Bora. Dukungan sosial merupakan pertukaran bantuan antara dua individu yang berperan sebagai pemberi dan penerima. Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang di terima individu dari orang lain atau dari kelompok (Sarafino, 2010). Dimana memberi perhatian, penghargaan adalah komponen dari perilaku asertif. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwiyanti, 2009 dengan judul Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien kanker payudara, yang menunjukkan lebih dari 50% responden memiliki dukungan keluarga kurang dan mengalami kecemasan berat. Yang bermakna memiliki hubungan negatif.

Penelitian sebelumnya yang pernah diteliti oleh Retnaningsih (2016) adalah hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan pasien yang didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan pasien. Menurut Suryani, 2005 prinsip dasar komunikasi terapeutik adalah hubungan yang saling menguntungkan, perawat menghargai keunikan pasien, pemberi pesan menjaga harga diri penerima pesan, dan tercipta saling percaya antara pemberi pesan dan penerima pesan, dimana prinsip itu juga terkandung dalam unsure perilaku asertif. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rachmawati (2006) yaitu menghubungkan komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kecemasan pasien di RSAL Dr. Ramelan Surabaya, didapatkan ada hubungan antara komunikasi perawat dengan kecemasan keluarga pasien dengan nilai *p-value*

0.027. Dimana komunikasi verbal dan non verbal merupakan unsur dari perilaku asertif. Dengan perawat berperilaku asertif, perawat mampu mengkomunikasikan antara pikiran, perasaan dan di dukung oleh komunikasi non verbal yang sesuai, maka orang lain dapat mengerti apa yang kita harapkan dan tanpa merasa dirugikan sehingga menciptakan perasaan menerima dan menurunkan kecemasan.

Asertif merupakan cara berkomunikasi untuk mengekspresikan apa yang kita rasakan dan kita pikirkan secara jujur namun tetap menjaga perasaan dan hak orang lain dan asertif ini merupakan salah satu komponen yang penting dalam membentuk komunikasi profesional antara perawat dengan tenaga kesehatan lain, pasien ataupun keluarga pasien (Epat, 2005 dalam Potter *et al.*, 2013). Dalam komunikasi asertif perawat menyampaikan sebuah kejujuran yang merupakan poin penting. Kejujuran yang ditunjukkan oleh perawat dapat membentuk hubungan saling percaya dan menurunkan kecemasan baik pada pasien ataupun juga keluarga (Green, 2016)

Komunikasi asertif memberikan kesempatan kepada perawat dalam menyampaikan pesan kepada lawan bicara perawat (salah satunya keluarga pasien) dengan cara yang terbaik sehingga pesan dapat tersampaikan. Berbeda apabila perawat menggunakan komunikasi pasif atau terlalu agresif, maka pesan yang disampaikan dalam komunikasi mungkin tidak tersampaikan karena lawan bicara lebih fokus memberikan reaksi pada cara penyampaian pesan yang dilakukan perawat (Keller, 2018). Pesan yang dapat tersampaikan dengan baik oleh perawat membuat keluarga mengerti dengan baik hal-hal yang disampaikan oleh perawat diantaranya tentang kondisi pasien yang dirawat, tenaga kesehatan, lingkungan

rumah sakit yang merupakan sumber kecemasan pada keluarga pasien. Hal ini tentu

dapat menurunkan kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di rumah sakit

6.4. Implikasi Terhadap Keperawatan

Implikasi dari penelitian ini pada bidang ilmu keperawatan yaitu menjadi

masukan bagi para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik

pada pasien dan keluarga nya terutama di ruangan *High Care* karena kondisi pasien

yang kondisinya belum stabil sehingga berdampak pada kecemasan pada keluarga

pasien yang menunggu. Perawat diharapkan berperilaku asertif terhadap keluarga

pasien saat berinteraksi, ketika perilaku asertif semakin tinggi diharapkan

kecemasan keluarga pasien akan turun sehingga akan mempengaruhi kualitas

pelayanan dan kepuasan sehingga mendukung dalam proses penyembuhan pasien.

6.5. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak diidentifikasinya hubungan kekerabatan

keluarga yang menunggu dengan pasien. Serta karakteristik kepribadian perawat

tidak teridentifikasi, karena tipe kepribadian adalah salah satu aspek yang

mempengaruhi perilaku asertif perawat.

BAB VII

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah di bahas sebelumnya mengenai “Hubungan antara Perilaku Asertif Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”, maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Rerata perilaku asertif perawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang adalah kategori asertif tinggi dengan nilai 31.13
2. Rerata kecemasan keluarga pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang adalah kategori cemas sedang dengan nilai 22.10.
3. Terdapat hubungan signifikan yang berarah negatif antara perilaku asertif perawat dengan kecemasan keluarga pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan nilai koefisien 0.584, yang berarti bahwa semakin tinggi perilaku asertif perawat, semakin rendah kecemasan keluarga pasien.

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Perawat

Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan perawat mempertahankan perilaku asertif yang tinggi dan meningkatkan perilaku asertif dari item yang masih kurang, sedangkan pelatihan perilaku asertif diperlukan untuk membiasakan berperilaku asertif dalam berinteraksi dengan keluarga pasien.

7.2.2. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti lebih mendalam mengenai perilaku asertif perawat dan kecemasan keluarga pasien dengan menggunakan sampel yang lebih banyak sehingga data yang didapatkan akan lebih akurat. Selain itu peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti tentang perilaku asertif perawat dihubungkan dengan lama hari rawat pasien di RHCU RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.



DAFTAR PUSTAKA

Addis, J & Bernard, M. E. 2002. Marital Adjustment and Irrational Beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1).

Astuti, N. & Sulastri, Y. 2012. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien saat Menunggu Anggota Keluarga yang di Rawat di ICU RUMah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru. *Jurnal Photon*, 2(2), 53-55.

Astuti, Y. 2007. *Perbedaan Perilaku Asertif antara Mahasiswa UMM yang berasal dari Madura dan Jawa Tengah*. Tugas Akhir. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

Dahlan, S. 2016. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.

Dwi laksono, A dan Rosyiatul, H. 2015. Komunikasi Asertif Perawat dengan Tingkat kepuasan Pasien. *The Sun*, 2(2), 21-27.

Eka Pratiwi, W. 2015. Pengaruh Budaya Jawa dan Harga Diri terhadap Asertivitas pada remaja Siswa Kelas XDI SMA Negeri 3 Ponorogo. *eJournal psikologi*, 3(1).

Green, C.J. 2016. *Maternal Newborn Nursing Care Plans*. Missouri. Burlington.

Handayani, M. & Hidayat, N. 2019. Hubungan Komunikasi Asertif Perawat dengan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 10(1).

Hapsari, R.M. & Retnaningsih. 2007. Sumbangan perilaku asertif terhadap harga diri pada karyawan. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 1(1).

Irawati, S. 2013. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di ICU dan HCU RSU Sumedang. Di unduh tanggal 20 april 2019. <http://pustaka.unpad.ac.id/archives/124566/>

Karota bukit, E. 2003. Kualitas Tidur dan Faktor-Faktor Gangguan Tidur Klien Lanjut Usia yang di Rawat Inap di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Medan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9(2).

Keller, Amy. E. 2018. *Being assertive: reduce stress and communicate better*. Online. April www.dramykellermt.com (accessed 20 Desember 2019)

Kereh, Elsa., et al. 2018. Pengaruh Masa Kerja, Pengalaman Kerja, Pendidikan, Pelatihan, dan Kompetensi terhadap Kinerja Karyawan PT. PLN (persero) Area Manado. *Jurnal emba*, 6(4).

Kiptiyah, M. & Mustikasari. 2013. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU. *FIK UI*.

Laksono, A.W. & Husna, A.R. 2015. Komunikasi Asertif Perawat dengan Tingkat Kepuasan Pasien. *The Sun*, 2(2).

Mariani, L. & Andriani, E. 2005. *Perbedaan asertifitas remaja ditinjau dari pola asuh orang tua*. Psikologika

Menkes RI. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI;

Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta : EGC.

Murwani, S. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta : Mitra Cendik

Naja, F. 2009. Hubungan antara Pola Bermain Gadget dengan Perilaku Asertif pada Anak Usia Pra Sekolah. *Tugas Akhir*. Universitas Brawijaya.

National Safety Council. T.C. Gilchrest. 2004. *Manajemen Stres Alih Bahasa Widyastutik*. Jakarta: EGC.

Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal, Edisi kelima, Jilid 2*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Nursalam & Pariani, S. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Onyeizugbho, E.U. 2003. Effects of Gender, Age, and Education on Assertiveness in Nigerian Sample. *Psychology of Women Quarterly*, 12(16), 12-16.

Paneva, I. & Mavrodiev, S. 2013. A Historical Approach to Assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1).

Potter, P. A & Perry, A.G. 2013. *Fundamental of nursing 8 th*. Missouri :Elsevier Mosby.

Pochard, F., et al. 2005. Symptoms Of Anxiety And Depression In Family Members Of Intensive Care Unit Patients Before Discharge Or Death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90-6.

Porpitasari., et al. 2007. *Pengaruh Kemampuan Asertif Terhadap Hubungan Interpersonal*. Program SI UIN . UIN.

Retnaningsih, D. & Etikasari, E. 2016. Hubungan Komunikasi dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Unit Perawatan Kritis. *Indonesian Journal on Medical Science*, 3(1).

Saimin, J., et al. 2016. Kecemasan wanita premenopause dalam menghadapi masa menopause sebuah studi crosssectional. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 1(2).

Pratiwi, E.W. 2015. Pengaruh Budaya Jawa dan Harga Diri terhadap Asertivitas pada Remaja Siswa kelas X di SMAN 3 Ponorogo. *eJournal Psikolog*, 3(1), 348-357.

Stuart, G. W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* . Edisi 5. Jakarta:EGC.

Stevens, D. E. 2000. Determinants of Budgetary Slack in the Laboratory: An Investigation of Controls for Self-Interested Behavior. *Working Paper*. Syracuse University. Di unduh tanggal 2 desember 2019. <https://ssrn.com/abstract=219131>

Stewart L.T. & Sylvya M. 2005. *Human Communication Konteks-Konteks Komunikasi*, Bandung. Penerbit PT. Rosda Karya.

Stuart & Sundeen. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3 alih bahasa Achir Yani*. S. Jakarta: EGC.

Suryani. 2005. *Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC

Widiati, A. 2017. Hubungan Dukungan Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasangan Hidup Pasien yang di rawat di Ruang ICU Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Blora. *Jurnal Smart Keperawatan*, 4(1).

Zan, P.H. 2017. *Dasar-Dasar Komunikasi bagi Perawat*. Jakarta: Kencana.M.

