

SKRIPSI

PENGARUH KOMUNIKASI THERAPEUTIK TERHADAP PERUBAHAN SIKAP "*ANXIETY DEATH*" LANSIA DI RSJ LAWANG

PENELITIAN KUASI EKSPERIMENTAL

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Sains Terapan (S.ST)
Perawat Pendidik Keperawatan Jiwa Pada
Program Studi D-IV Perawat Pendidik



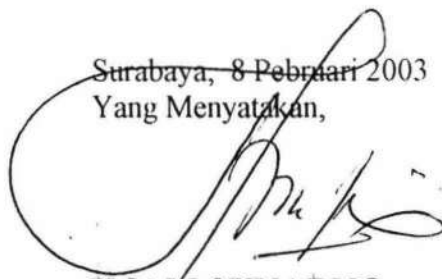
OLEH:
IMAM SUNARNO
NIM 010110334R

PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 8 Februari 2003
Yang Menyatakan,

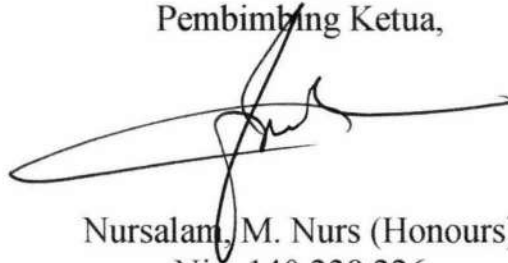


IMAM SUNARNO
NIM 010110334

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUHI
TANGGAL, 20 FEBRUARI 2003

OLEH :
Pembimbing Ketua,



Nursalam, M. Nurs (Honours)
Nip. 140 238 226

Pembimbing



Ahmad Yusuf, S.Kp.
Nip. 132 255 152

Mengetahui :
A/n Ketua Program Study Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR
Pembantu Ketua,



Nursalam, M. Nurs (Honours)
Nip. 140 238 226

Telah diuji pada :

Tanggal : 20 Pebruari 2003

PANITIA PENGUJI SKRIPSI


Ketua : Dyah Widodo, S.Kp.



Anggota : 1 Nursalam, M.Nurs (Honours)

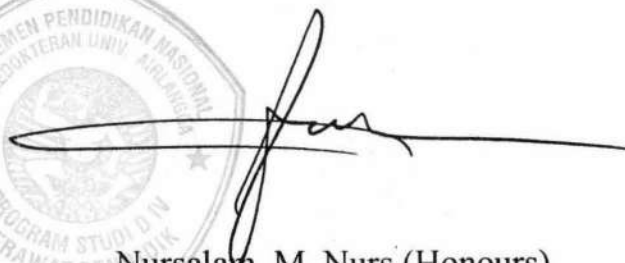


2. Ah. Yusuf, S.Kp.



Mengetahui

A/n Ketua Program Study Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR
Pembantu Ketua,



Nursalam, M. Nurs (Honours)
Nip. 140 238 226

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan Rahmatnya sehingga Skripsi yang berjudul "PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PERUBAHAN SIKAP LANSIA *ANXIETY DEATH* DI RUMAH SAKIT JIWA LAWANG" dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sain Terapan (SST) pada Program Study DIV Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih sebesar besarnya kepada :

1. Prof.Dr.H.M.S. Wiyadi,dr.Sp.THT., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan di Program DIV keperawatan.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandoyo, dr., SpPD., KTI., selaku Ketua Program Study Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan di Program Study DIV Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Dr. G. Pandu Setiawan , Sp.K.J., selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang , yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk penelitian Skripsi ini.
4. Terimakasih yang setulus tulusnya dan penghargaan yang setinggi tingginya saya ucapkan kepada Bapak Nursalam, M.Nurs(Honours), pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan bimbingan dan saran mulai dari proses persiapan , pelaksanaan penelitian, penulisan hingga ujian skripsi dan perbaikan skripsi.

5. Pembimbing Skripsi Bapak Ahmad Yusuf, S.Kp., yang dengan penuh tulus ikhlas dan pengertian membimbing skripsi .
6. Bapak Suratin Pudji Handoko, SPd., M.Kes., selaku Ka Prodi Keperawatan Blitar, yang telah memberikan kesempatan dan dorongan untuk kelancaran Tugas Belajar kami.
7. Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wedjodiningrat, yang telah memberi kesempatan dan fasilitas penelitian
8. Teman –teman Dosen Prodi Keperawatan ,beserta staf Tata Usaha , yang juga telah memberi dorongan dan semangat kepada saya.
9. Teman teman Sejawat Perawat Bangsal Geriatri, Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wedjodiningrat, yang telah banyak membantu penelitian ini.
10. Teman-teman Peserta DIV Keperawatan Jiwa angkatan ke VI yang telah banyak membantu proses penelitian ini.
11. Istriku Tercinta Sukitri, serta anak ku Deny, Bayu, dan Dewi, atas kesabaran dan pengorbanan serta pengertiannya sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan Taufik Hidayah dan Rahmatnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, dengan harapan agar skripsi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan Kesehatan Jiwa pasien dengan geriatric pada kususnya.

Surabaya, 9 Pebruari 2003

Penulis.

ABSTRACT (IMAM SUNARNO)

Death is the final process of human live on this world. Old people have physical and mental decrease and finally die. Death is a mystery that frightened by every human being. Geriatrics on RSJ Lawang have same problem, to anxiety death. at november 2002, How far the therapeutic communication had changed anxiety death on the obyective at phast resent is to done the effect of therapeutic communication to anxiety death.

Quasy experiment with randomized pre and post test design was carried out in this study. Ten geriatrics, who have anxiety death problem were selected based on purposive sampling as a sample. They then divided into control and intervention group of the study (10 geriatrics each). The communication therapeutic was applied 6 times for intervention group. Data were collected by questionnaire and observation and then they were analyzed by WILCOXON (Z-test), With significance level $p < 0,05$

The result shows that there were found a significant differences the attitude between control and intervention anxiety death to old $Z = -3,842$ and $p = 0,004$.

It is concluded that therapeutic communication has significantly effect on facilitating to change the attitude anxiety death at geriatrics patient. Therapeutic communication have good effect to decrease the anxiety death on psychogeriatrics.

Key Word: Hospital, psychogeriatric, anxiety death, Therapeutic communication

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Persaratan Gelar.....	
Halaman Pernyataan.....	
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terimakasih.....	v
Abstract.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Lampiran.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	1
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	2
1.5 Relevansi.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Pengertian	6
2.2 Domain perilaku manusia.....	6
2.3 Perubahan sikap manusia.....	23
2.4 Komunikasi Terapeutik.....	19
2.5 Lansia.....	18
2.6 Anxiety Death.....	17
2.7 Penyebab Anxiety Death.....	16
2.8 Pengaruh Komunikasi terapeutik dalam perubahan sikap Anxiety death.....	23

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	29
3.1. Kerangka Konseptual Penelitian.....	29
3.2 Hipotesis Penelitian.....	32
 BAB 4 METODE PENELITIAN.....	 33
4.1 Desain Penelitian.....	33
4.2 Rancangan Penelitian.....	33
4.3 Populasi dan Sampel penelitian.....	35
4.4 Variabel Penelitian dan difinisi operasional.....	38
4.5 Lokasi dan waktu penelitian.....	
4.6 Prosedur Penelitian.....	43
4.7 Analisa Data	44
 BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	 46
5.1 Hasil Penelitian.....	46
5.1.1 Data Demografi.....	47
5.1.2 Data Pre-Test.....	49
5.1.3 Data Post-Test.....	
5.1.4 Perbedaan perubahan antara Pre dan Post-test	
5.1.5 Perbedaan perubahan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	
5.1.6 Analisa hasil Penelitian.....	61
5.2 Pembahasan.....	64
5.2.1 Keterbatasan Penelitian.....	68
 BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	 69
6.1 Kesimpulan.....	59
6.2 Saran.....	70
Daftar Pustaka.....	71
Lampiran 1.....	77
Lampiran 2.....	78
Lampiran 3.....	79

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Definisi Operasional.....	39
Tabel 4.2 : Distribusi butir soal	42
Tabel 4.3 : Kategori skor.....	43
Tabel 5.1 : Karakteristik Populasi Penelitian.....	47
Tabel 5.2 : Usia Anak Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol...	48
Tabel 5.3 : Tingkat Pendidikan responden	48
Tabel 5.4 : Lama Perawatan.....	49
Tabel 5.5 : Jenis kelamin.....	50
Tabel 5.6 : Hasil uji test sikap.....	51
Tabel 5.7 : Hasil kategori pre-test.....	52
Tabel 5.8 : Hasil kategori post-test.....	53
Tabel 5.9 : Skor pre dan post-test.....	55
Tabel 5.10 : Skor antara pre dan post perlakuan.....	56
Tabel 5.11 : Skor Perubahan Pre Test dan Post test Kelompok Kontrol	57
Tabel 5.12 : Skor perbedaan perubahan Perubahan	58
Tabel 5.13 : Hasil Analisis Statistik	60
Tabel 5.14 : Analisis statistik Variabel Demografi.....	60

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Diagram Respon Seseorang Terhadap Stimulus.....	10
Gambar 2.2 : Konsepsi Skematis Rosenberg & Hovland Mengenai Sikap.....	11
Gambar 2.3 : Langkah – Langkah Perubahan Sikap Menurut Model Hovland.....	26
Gambar 2.4 : Empat Kondisi Agar Terjadi Kebangkitan dan Pengurangan Disonansi.....	28
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Penelitian “ Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Perubahan “Anxiety Death” lansia.....	32
Gambar 4.1 : Bagan Rancangan Penelitian.....	48
Gambar 4.2 : Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	45
Gambar 5.1 : Arah Perubahan Intensitas Sikap Anxiety Death sebelum dan Sesudah Perlakuan Komunikasi Terapeutik.....	59
Gambar 5.2 : Hubungan perubahan antara Variabel penelitian Komunikasi Terapeutik.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 :Surat permohonan Penelitian.....	75
Lampiran 2 :Surat Persetujuan penelitian.....	76
Lampiran 3 :Permohonan kesediaan menjadi responden.....	77
Lampiran 4 :Persetujuan mengikuti bimbingan.....	78
Lampiran 5 : Angket Identitas	79
Lampiran 6 : Kuesioner penelitian	80
Lampiran 7 : Hasil Uji Statistik.....	81
Lampiran 8 :Model Komunikasi terapeutik	

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian merupakan suatu proses akhir dari kehidupan manusia di Dunia dan setiap manusia akan mengalami proses kehidupan mulai dari konsepsi dalam kandungan, lahir, berkembang dan akhirnya berakhir dengan kematian. Berdasarkan berbagai ceritera dan pengalaman proses menghadapi kematian ada yang menyenangkan tetapi ada juga yang menakutkan. Kematian dapat dipastikan bilamana dengan alat pendengar (stetoskope) tidak terdengar lagi denyut jantung untuk beberapa waktu lamanya, dan berhentinya peredaran darah setelah kedua tangan dan kaki di ikat erat atau bilamana terdapat kaku mayat (Hasan Sadily,1973). Kematian ini bisa terjadi pada semua tingkat kehidupan manusia mulai dalam kandungan masa bayi/ anak remaja, dewasa maupun pada lansia baik yang dalam kondisi sehat jasmani maupun rohani maupun yang dalam keadaan sakit. Setiap manusia ada kecenderungan mencari yang menyenangkan dan menjahui yang menyakitkan bahkan yang menyedihkan seperti tentang kematian cenderung merupakan sesuatu yang menakutkan sehingga setiap orang cenderung melupakan dan tidak ingin membicarakan hal tersebut.

Mengingat Kematian jarang dipikirkan dan jarang dibicarakan maka pengetahuan tentang proses kematian biasanya banyak yang tidak diketahui dan tidak dipahami. Akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman inilah maka pada

manusia mulai anak remaja, dewasa , maupun lansia yang mengalami gangguan fungsi maupun anatomi tubuh biasanya merasa takut jika terjadi proses kematian.

Berdasarkan Study Pendahuluan Peneliti di Ruang Geriatri Rumah Sakit Jiwa Lawang , dari 15 pasien pria dan 12 pasien wanita sudah banyak yang mengalami kemunduran fisik, sehingga peneliti merasa perlu membantu mempersiapkan pasien geriatric dalam menurunkan tingkat kecemasan terhadap kematian sedini mungkin dengan menggunakan Asuhan Keperawatan berupa Komunikasi Terapeutik.

Berdasarkan hasil penelitian Donald I Templer (1983), menyatakan dari sejumlah banyak sampel baik anak, remaja, dewasa, lansia, sakit jiwa , jenis kelamin pria dan wanita maka yang mengalami derajat kecemasan terhadap kematian yang lebih tinggi yaitu pada pasien jiwa dan wanita

Gangguan Kecemasan pada kematian pada lansia tidak dapat dibiarkan karena selain merugikan dirinya sendiri karena berakibat keragu raguan, ketidak siapan, ketidak tenang dalam menghadapi proses kematian juga bisa merugikan orang lain. Oleh karena hal tersebut maka perhatian kita terhadap Ruang Geriatri RSJ Lawang menjadi penting mengingat : 1. Ruang Geriatri RSJ Lawang merupakan lembaga khusus yang menangani pasien penyakit jiwa yang sudah lanjut usia 2. Ruang Geriatri RSJ Lawang merupakan Bangsal tempat Perawatan, Pengobatan dan pembinaan pasien jiwa yang lanjut usia. 3. Ruang Geriatri RSJ Lawang merupakan salah satu tempat mensosialisasikan pasien jiwa dengan kondisi

masyarakat sehingga jika bisa membantu proses percepatan perubahan perilaku pasien jiwa lansia maka otomatis akan membantu proses sosialisasi.

Di Ruang Geriatri RSJ Lawang pembinaan yang dilakukan meliputi 1. Asuhan Keperawatan. 2. Pengobatan. 3. Rehabilitasi 4 Bimbingan Ketrampilan.

Selama pasien jiwa lansia menjalani masa Perawatan dan Pengobatan keluarga diberi kesempatan untuk mengunjungi Adapun untuk kesempatan keluarga berkunjung yaitu : setiap hari. Berdasarkan kesempatan yang diberikan oleh Ruang Geriatri RSJ Lawang kepada keluarga maka jumlah kunjungan pada bulan April dan Mei 2002 sangat sedikit bahkan berdasarkan study pendahuluan peneliti hanya sekitar 10 % sedang yang 90 % tidak pernah' dijenguk keluarga, hal ini menambah parah kondisi psikologis klien karena dengan jarangny kunjungan bahkan tidak pernah dikunjungi oleh keluarga klien merasa disisihkan, dikucilkan dan diasingkan oleh keluarga karena kondisinya dan perilakunya selama ini dan menambah permasalahan dan beban penderitaan klien. Dari hasil kunjungan pendahuluan peniliti sebelumnya di ruang Geriatri Perempuan juga dijumpai adanya masalah pada beberapa klien berupa kecemasan pada kematian. Agar proses perubahan sikap "Anxiety Death" "lansia menjadi lebih ringan dan lebih baik kearah penyembuhan, maka diperlukan pendekatan Individual maupun kelompok berupa Komunikasi Terapeutik kelompok, disamping Pelayanan Perawatan dan Pengobatan yang dilakukan di Ruang Geriatri RSJ Lawang .

1.2 Rumusan Masalah

Setelah masalah penelitian diidentifikasi dan dipilih maka yang menjadi rumusan masalah sesuai dengan hipotesa dan judul penelitian adalah pernyataan masalah dan pertanyaan masalah penelitian.

1.2.1 Pernyataan Penelitian

Pasien dengan lanjut usia merupakan proses perkembangan akhir dari kehidupan manusia yang sudah mendekati kematian. Namun kenyataan klien selama ini merasa belum siap menghadapi kematian akibat bekal perilaku dan amal perbuatannya selama ini (pada saat gila) dianggap kurang

Mengingat Pasien gangguan Jiwa di ruang Ruang Geriatri RSJ Lawang yang mengalami gangguan tingkat kecemasan pada kematian masih dalam proses perkembangan dan penyembuhan, maka perlu diberikan perlakuan Komunikasi Terapeutik sehingga sikap lansia yang mengalami kecemasan terhadap kematian tersebut bisa diturunkan atau dikurangi, sehingga pasien lebih siap dalam menghadapi kematian.

1.2.2 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan pandangan diatas maka yang menjadi pertanyaan penelitian adalah : Apakah ada pengaruh komunikasi terapeutik yang diberikan secara kelompok terhadap perubahan sikap Anxiety Death pada lansia yang dirawat di Ruang Geriatri RSJ Lawang.

1.3 Tujuan Penelitian

Secara garis besar tujuan penelitian adalah suatu pernyataan atau Statement tentang apa yang akan kita cari atau yang ingin kita tentukan. Adapun tujuan penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai pada proses Penelitian ini ialah ingin mempelajari sejauh mana pengaruh Komunikasi terapeutik yang diberikan secara Kelompok terhadap perubahan sikap lansia dengan kelainan jiwa dalam menurunkan tingkat kecemasan pada kematian di Ruang Geriatri RSJ Lawang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun yang menjadi tujuan khusus penelitian ini ialah peneliti ingin mengetahui berbagai hal yang berkaitan dengan :

1. Mengidentifikasi lansia dengan kelaianan Jiwa yang mengalami "*Anxiety Death*" di Ruang Geriatri RSJ Lawang
2. Mengidentifikasi tingkat "*Anxiety Death*" lansia sebelum diberikan komunikasi terapeutik kelompok di Ruang Geriatri RSJ Lawang.
3. Menganalisa perubahan tingkat "*Anxiety Death*" lansia sesudah diberikan komunikasi terapeutik kelompok.
4. Membuktikan Pengaruh Komunikasi terapeutik terhadap perubahan sikap "*Anxiety Death*" di Ruang Geriatri RSJ Lawang antara yang mendapat perlakuan dengan kelompok kontrol.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini jika berhasil merupakan temuan baru yang bermanfaat bagi para Perawat maupun Dokter di Ruang Geriatri RSJ Lawang (pemerintah), maupun sebagai pegangan komunikator, keluarga maupun masyarakat dalam membina lansia dengan gangguan jiwa yang mengalami kecemasan pada kematian, sehingga dapat mencegah keraguan, kecemasan, penolakan menghadapi kematian yang dapat meresahkan keluarga maupun masyarakat.

Penelitian ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, karena bisa digunakan sebagai dasar pengembangan teori perilaku lansia dengan gangguan jiwa yang mengalami kecemasan pada kematian, maupun penerapan komunikasi terapeutik yang telah ada selama ini, serta dapat digunakan untuk mengembangkan penelitian - penelitian lebih lanjut.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku (Tingkah laku) manusia

Pengertian perilaku

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung (Sukidjo Notoatmodjo, 1993). Selanjutnya definisi perilaku yang lain Perilaku manusia merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon tersebut dapat bersifat pasif misalnya tanpa tindakan seperti berfikir, berpendapat, bersikap. Maupun bersifat aktif misalnya dengan melakukan tindakan (Solita Sarwono, 1997:1).

2.2 Domain Perilaku manusia

Menurut Benyamin Bloom (1908) yang dikutip oleh Notoatmodjo (1993), perilaku manusia dapat diketahui dari 3 (tiga) domain atau ranah yaitu :

2.2.1 Pengetahuan (*Knowledge*).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui pancaindera yaitu indera penglihatan, indera pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar diperoleh melalui penginderaan mata dan telinga. Pengetahuan mempunyai tingkatan-tingkatan yaitu : a, tahu (*know*) b, memahami (*comprehension*) c, aplikasi (

application, d. analisis (*analysis*), e. sintesis (*synthesis*), f, evaluasi (*evaluation*). Untuk mengukur domain pengetahuan ini dapat dilakukan dengan menggunakan angket atau melalui wawancara yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari obyek penelitian atau responden kedalam pengetahuan, yang ingin diketahui atau diukur, sehingga dapat disesuaikan dengan tingkat tersebut diatas.

Perilaku dalam bentuk pengetahuan (*knowledge*) yaitu pengetahuan yang diperoleh antara lain melalui pendidikan formal maupun nonformal seperti penyuluhan, kursus, dan dari pengalaman orang lain misalnya dengan mendengar, melihat langsung atau dengan alat lainnya. Pengetahuan seseorang dapat diukur melalui tes tulis, tes lisan, mengukur domain kognitif. (Rakhmat, 1986; Purjanto, 1996)

2.2.2 Sikap (*Attitude*).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut :

“An enduring system of positive or evaluations, emosional feelings, and pro or conaction tendencies will respect to social obyeect” (Krech et al, 1982) disadur oleh Sukidjo Notoatmodjo, (1993).

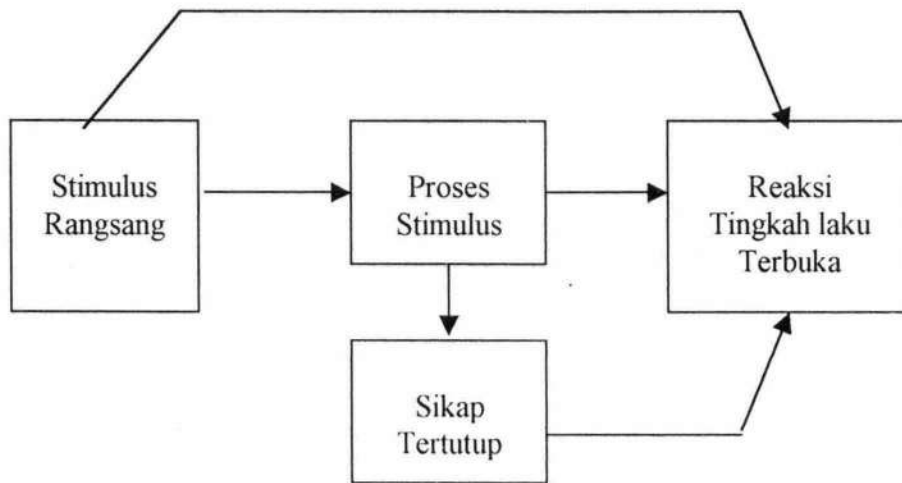
“An Individual’s social attitude is a syndrom of response consistency with regard to social object” (Campbell, 1950) disadur oleh Sukidjo Notoatmodjo, 1993.

“A mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence up on the individual’s response to all objects and situation with which it is related” (Allport, 1954) disadur oleh Sukidjo Notoatmodjo,1993.

“ Attitude entails an existing predispositions to response to social objects which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behavior of the individual” (Cardno, 1955) disadur oleh Sukidjo Notoatmodjo,1993.

Dari batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat , tetapi hanya dapat *ditafsirkan* terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari –hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak , dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan *pre-disposisi* tindakan suatu perilaku. Sikap itu merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek.

Untuk lebih jelasnya uraian diatas dapat digambarkan dalam diagram dibawah ini

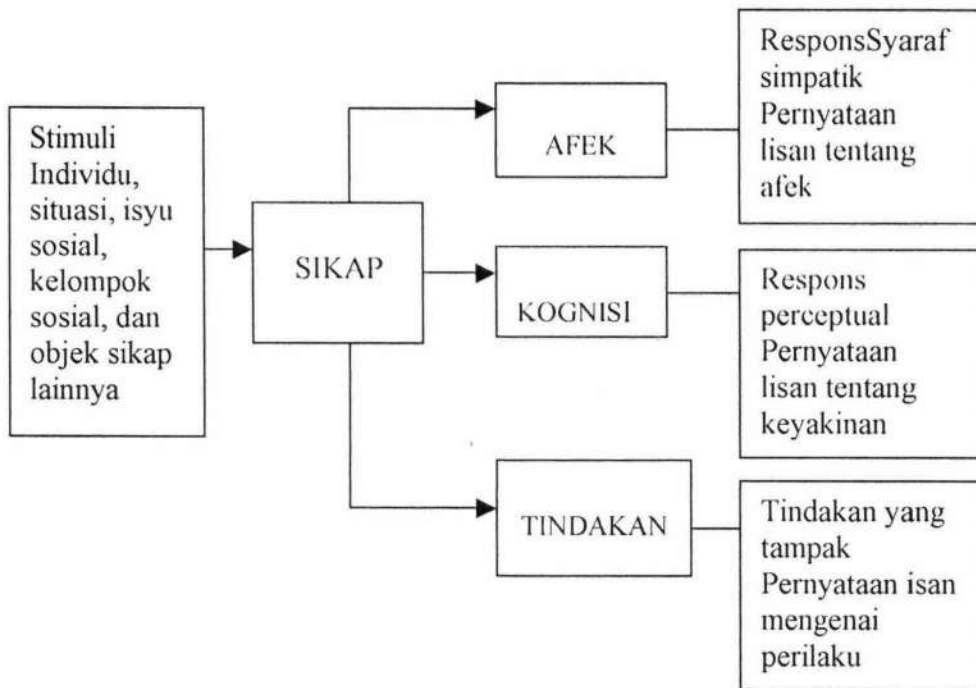


Gambar 2.1 : Diagram Respon seseorang terhadap stimulus.

Sumber : Sukidjo Notoatmodjo, (1993 : 98).

Ahli lain mendefinisikan bahwa Sikap merupakan konstruk kognisi, afeksi, dan konasi sebagai tidak menyatu langsung kedalam konsepsi sikap. Pandangan ini yang dinamakan *Tripartite Model* yang dikemukakan oleh Rosenberg dan Hovland (1960 dalam Ajzen,1988 yang disadur oleh Saifudin Azwar,1997: 7). Model ini menempatkan ketiga komponen afeksi,kognisi, dan konasi, sebagai faktor jenjang pertama dalam suatu model hirarkis. Ketiganya didefinisikan tersendiri dan kemudian didalam abstraksi yang lebih tinggi membentuk konsep sikap sebagai faktor tunggal jenjang kedua.

Variabel	Variabel	Variabel
Independen	Intervening	dependen yang
Yang dapat diukur		dapat diukur



Gbr.2.2 Konsepsi Skematik Rosenberg & Hovland mengenai sikap (diadaptasi dari Fishbein & Ajzen, 1975 h . 340 disadur oleh Saifudin Azwar, 1997)

Dalam skema Gambar 2.2 . terlihat bahwa sikap seseorang terhadap suatu objek selalu berperan sebagai perantara antara responnya dengan objek yang bersangkutan. Respons diklasifikasikan dalam tiga macam, yaitu respon kognitif (respons perceptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respons afektif (respons syaraf simpatetik dan afeksi) ,serta respons perilaku atau konatif (respons

berupa tindakan dan pernyataan mengenai perilaku). Masing –masing klasifikasi respons ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya.

Lebih lanjut dikatakan bahwa dengan melihat salah satu saja diantara ketiga bentuk respons tersebut sikap seseorang seringkali sudah dapat diketahui. Walaupun begitu, deskripsi lengkap mengenai sikap individu tentu harus diperoleh dengan melihat ketiga macam respons secara lengkap.

Komponen Pokok Sikap.

Menurut Allport (1954) yang disadur oleh Sukidjo Notoatmodjo, (1993) menjelaskan bahwa komponen sikap ada 3 macam yaitu :

- 1 Kepercayaan(keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu obyek
- 2 Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu subyek
- 3 Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude) Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir , keyakinan, dan emosi memegang peranan penting terhadap suatu obyek.

2.3 Perubahan Sikap manusia

Perubahan sikap manusia pada umumnya melalui berbagai macam proses mulai keyakinan seseorang terhadap obyek dilanjutkan evaluasi terhadap obyek dan obyek tersebut dianggap benar dan menguntungkan oleh seseorang maka selanjutnya baru

timbul kecenderungan untuk berubah dan bertindak, adapun tingkatan perubahan dapat dijelaskan sebagai berikut :

2.3.1 Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap anak kepada orang tua dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian anak itu terhadap tutur kata dan petunjuk dari orang tua.

2.3.2 Merespon (*responding*).

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan , lepas pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti orang menerima ide tersebut.

2.3.3 Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya : Seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya ,saudaranya ,dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

2.3.4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya , seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tentangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Misalnya, ” Bagaimana pendapat Anda tentang pelayanan dokter di Rumah Sakit Mardi Waluyo?” Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Misalnya , ” Apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai kegiatan Posyandu ?” atau, ” Saya akan menikah apabila saya sudah umur 25 tahun ?” (sangat setuju, setuju, tidak setuju).

Sikap Nilai dan Opini

Nilai (*value*) dan Opini (*opinion*) atau pendapat sangat erat berkaitan dengan sikap, bahkan kedua konsep tersebut seringkali digunakan dalam definisi – definisi mengenai sikap. Kadang-kadang dijumpai pula pemakaian istilah sikap, nilai, dan opini yang disamakan atau dipertukarkan artinya.

Sebenarnya ketiga istilah tersebut tidak sama persis maknanya. Opini merupakan pernyataan sikap yang sangat spesifik atau sikap dalam artian yang lebih sempit. Opini terbentuk didasari oleh sikap yang sudah mapan akan tetapi opini ini lebih bersifat situasional dan temporer. Sebagai contoh, seseorang yang mempunyai sikap yang negatif (tidak setuju) terhadap aborsi apabila menghadapi kasus pilihan

darurat antara menyelamatkan nyawa sang ibu atau menyelamatkan si bayi berusia 7 bulan dalam kandungan ibu tersebut, dapat saja ketika itu berpendapat bahwa aborsi boleh dilakukan. Opini atau pendapat dalam situasi seperti itu tidak mengubah sikapnya mengenai aborsi karena opini bersifat situasional dan lebih mudah berubah sesuai dengan kondisinya.

Nilai merupakan disposisi yang lebih luas dan sifatnya lebih mendasar. Nilai berakar lebih dalam dan karenanya lebih stabil dibandingkan sikap individu. Lebih daripada itu, nilai dianggap sebagai bagian dari kepribadian individu yang dapat mewarnai kepribadian kelompok atau kepribadian bangsa. Orang Indonesia menghargai dan menganut nilai perdamaian, artinya cinta damai dianggap sebagai bagian dari kepribadian orang Indonesia. Dalam konteksnya yang relevan, pada gilirannya nilai cinta damai itu akan menjadi dasar pembentukan sikap manusia Indonesia sebagai individu terhadap suatu isu atau permasalahan, sehingga bangsa Indonesia cenderung menghindari konflik, misalnya. Namun demikian, dalam situasi tertentu seorang Indonesia mungkin membentuk sikap yang tidak favorabel terhadap perdamaian karena, umpamanya saja, perdamaian itu harus dicapai dengan mengorbankan harga diri.

Jadi, nilai bersifat lebih mendasar dan stabil sebagai bagian dari ciri kepribadian, sikap bersifat evaluatif dan berakar pada nilai yang dianut dan terbentuk dalam kaitannya dengan suatu obyek, sedangkan opini merupakan sikap yang lebih spesifik dan sangat situasional serta lebih mudah berubah. Perbedaan makna ini

penting untuk dipahami walaupun dalam penggunaan sehari-hari ketiga istilah tersebut sering dipertukarkan dan tidak mudah untuk dibedakan.

2.2.3 Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap Ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunisasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (support) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua dan lain –lain.

Tingkatan Perilaku (*practice*)

2.2.3.1 Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2.2.3.2 Respons terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua. Misalnya seorang ibu dapat

memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya dan sebagainya.

2.2.3.3 Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunisasikan bayinya pada umur- umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

2.2.3.4 Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran dapat juga dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.4 Komunikasi terapeutik

Komunikasi adalah proses penyampaian pesan atau berita dari seseorang ke orang lain sehingga antara keduanya terjadi adanya saling pengertian.

Komunikasi adalah mekanisme yang menyebabkan adanya hubungan antar manusia dan yang memperkembangkan semua lambang pikiran bersama – sama dengan sarana untuk menyiarkannya dalam ruang dan merekamnya dalam waktu. Kesemua proses itu merupakan tindakan yang mencakup sikap, suara kata – kata yang tertulis pada media cetak dan media komunikasi lainnya (C. Cooley , 1909). Menurut Herbert W. Simon ,1976 mendefinisikan komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan dari seseorang sumber (pembicara) kepada penerima (pendengar) melalui sebuah media dalam suatu konteks situasional .

2.4.1 Proses Komunikasi

Proses Komunikasi adalah suatu proses pengoperan lambang - lambang atau pesan yang mengandung pengertian tertentu oleh seseorang kepada orang lain meliputi (Joseph A. Devito, 1997) :

2.1 **Komunikator** : orang yang menyampaikan pesan (message)

2.2 Pesan (*message*) ide, informasi, opini , isi , fokus.

2.3 Saluran (*Channel*) : ialah alat yang dipergunakan komunikator untuk menyampaikan pesan.

2.4 *Komunikan* : yaitu orang yang menerima pesan.

2.5 Efek (*effect*) : pengaruh kegiatan komunikasi yang dilakukan dari komunikator kepada komunikan.

2.4.2 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi Terapeutik adalah suatu proses penyampaian nasihat dari Perawat atau Bidan kepada pasien untuk mendukung upaya penyembuhan (Dep Kes RI,1992).

Komunikasi terapeutik atau disebut juga hubungan terapeutik yaitu suatu proses penyampaian pesan dari komunikator kepada komunikan yang ditandai dengan saling tukar menukar pengalaman dan perilaku, pikiran dan perasaan sehingga tercipta hubungan untuk membantu memecahkan persoalan seseorang (terapeutik) (Stuart dan Sunden, 1987, hal 104). Dalam komunikasi terapeutik ini pengalaman belajar bersama dan pengalaman untuk memperbaiki emosi bagi klien, Seorang Petugas Kesehatan memakai dirinya secara terapeutik dan menggunakan berbagai tehnik komunikasi , agar perilaku anti sosial anak berubah kearah yang positif seoptimal mungkin.

Agar Komunikasi terapeutik ini bisa berperan efektif dan terapeutik maka petugas harus menganalisa dirinya : Kesadaran diri, Klarifikasi nilai, perasaan, kemampuan sebagai role model, seluruh perilaku dan pesan yang disampaikan petugas, (verbal dan nonverbal) hendaknya bertujuan terapeutik untuk klien (Budi Ana Keliat , 1998).

2.4.3 Proses Komunikasi Terapeutik dengan Lansia dengan Anxiety death

Dalam Proses Komunikasi terapeutik Petugas membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membangun pemecahan masalah, menurut Ahli pendidikan lansia memerlukan Asuhan keperawatan berupa kasih sayang dan penghargaan pengalaman Belajar agar merasa tetap berguna dan dihargai sebagai individu yang mandiri. Adapun Proses berhubungan antara petugas dengan klien ini dibagi dalam 4 fase yaitu : 1. *Fase Prainteraksi* ; 2. *Fase Perkenalan / Orientasi* ; 3. *Fase Kerja* ; 4. *Fase terminasi* (Stuart dan Sunden 1987, h. 104).

2.4.4 Fase fase Komunikasi Terapeutik

Fase-fase dalam komunikasi terapeutik menurut Stuart s. J. Sundeen, 1998). Adalah sebagai berikut :

Fase Pra interaksi : mulai sebelum kontak pertama dengan anak, Petugas mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya sehingga kesadaran dan kesiapan petugas untuk melakukan hubungan dengan anak dapat dipertanggung jawabkan. Petugas yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna lebih efektif dalam memberikan Pembinaan anak.

Fase Perkenalan atau Orientasi, fase ini dimulai dengan pertemuan pertama antara petugas dengan anak. hal pertama yang perlu dikaji ialah

alasan anak minta pertolongan yang selanjutnya akan mempengaruhi terbinanya hubungan petugas dengan anak. Dalam memulai hubungan tugas utama ialah ; membina rasa percaya ; penerimaan dan pengertian dan perumusan kontrak waktu dengan anak.

Fase Kerja , Petugas dan anak mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi , pikiran , perasaan, dan perbuatan anak . Petugas membantu anak mengatasi kecemasan , meningkatkan kemandirian , dan tanggung jawab diri sendiri, dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku yang anti sosial menjadai pro sosial merupakan fokus fase ini.

Fase Terminasi , Fase ini sangat sulit namun penting dari komunikasi terapeutik. Rasa percaya dan hubungan baik yang terapeutik setelah terbina dan tingkat optimal , keduanya merasa kehilangan , pada fase ini terjadi pada saat petugas mengakiri tugasnya atau sebaliknya anak yang pulang dari Lembaga Pemasyarakatan.

2.4.5 Faktor faktor yang mempengaruhi keberhasilan Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa Faktor yang mempengaruhi keberhasilan Komunikasi terapeutik (Kozier dan Erb, 1983,h 372) yaitu :

1. Berat ringannya masalah yang dihadapi oleh klien.

2. Kesiapan Petugas dalam memberikan Asuhan Komunikasi terapeutik yang bisa membantu memecahkan masalah yang dirasakan dan bermanfaat untuk merubah perilaku klien
3. Hubungan yang terjalin saat interaksi antara petugas dengan anak
4. Kondisi lingkungan yang kondusif untuk proses komunikasi terapeutik
5. Sifat keterbukaan dan kesediaan menerima saran dan bimbingan dari dari petugas oleh klien
6. Hubungan yang saling terbuka yang terjalin saat interaksi antara petugas dengan anak.
7. Kemampuan petugas dalam penguasaan proses komunikasi dan ketrampilan komunikasi.
8. Pengalaman Petugas melakukan Komunikasi terapeutik
9. Pesan yang disampaikan meliputi : vokal, gerakan jarak (space) sentuhan .
10. Sikap petugas saat berkomunikasi yaitu : cara berhadapan, kontak mata, roman muka membungkuk kearah klien, mempertahankan sikap terbuka

2.5 Lansia (lanjut usia)

Yang dimaksud Lansia atau manusia lanjut usia yaitu seseorang yang jika dilihat dari usianya mulai dilahirkan berdasarkan status kelahirannya sampai dengan saat ini sudah berusia lebih dari 55 tahun, dan terjadi proses perubahan kemunduran baik secara fisik maupun mental.

Perubahan yang terjadi pada Lansia

2.5.1 Perubahan fisik :

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia yaitu a. kulit menjadi keriput, b. otot mremendor dan melemah.c. persendian menjadi kaku d. pendengaran berkurang e. penglihatan berkurang f. gigi satu persatu tanggal g. pengecap dan penciuman berkurang h perubahan organ internal missal jantung ginjal pembuluh darah.

2.5.2 Perubahan mental

Perubahan mental yang sering terjadi pada lansia antara lain yaitu : a. daya ingat (memory) b. kemampuan belajar c. perubahan emosi d. kecenderungan banyak bicara e. gangguan tidur f. penurunan sexual g. penyempitan perhatian.

Masalah yang sering terjadi yang dapat mengganggu lansia

Masalah yang sering terjadi yang dapat mengganggu lansi antara lain : a. Pensiun b.rasa terpencil c. takut pada kematian d. invaliditas e. kemunduran sexual.

2.6 Anxiety Death

Anxiety

Yaitu suatu kondisi seseorang yang mengalami kecemasan, ketegangan, rasa tidak aman, kekhawatiran yang dirasakan seseorang terhadap suatu obyek tertentu yang tidak menyenangkan ditandai dengan a.

perasaan tegang dan takut yang menetap dan pervasive b; merasa dirinya tak mampu, tidak menarik, atau lebih rendah dari orang lain.c; preokupasi yang berlebihan terhadap kritik dan penolakan dalam situasi sosial. D; enggan terlibat dengan orang lain. E; pembatasan dalam gaya hidup karena alasan keamanan fisik. F; menghindari aktifitas sosial karena takut dikritik atau ditolak orang lain (PPDGJ III :105).

Death

Berati kematian, pada manusia dapat dipastikan apabila dengan stetoskop tidak terdengar lagi denyut jantung untuk beberapa waktu lamanya , dan peredaran darah tidak timbul kembali setelah kedua lengan dan kaki dibalut erat erat , atau bilamana telah terdapat kaku mayat /rigor mortis (Hassan Sadily:545).

Dari Uraian diatas dapat disimpulkan bahwa anxiety death merupakan kondisi seseorang yang mengalami kecemasan terhadap kematian yang mengakibatkan gangguan perasaan dan pola pikir dari seseorang.

2.7 Penyebab Anxiety Death

Penyebab **Anxiety Death** berpangkal dari lemahnya fungsi Superego dalam mengendalikan proses Interaksi dengan lingkungan maupun kondisi Individu itu sendiri baik secara cokrntif biologis , psikologis, sosial maupun spiritual , sehingga melahirkan ketidak tahuan suatu obyek tertentu kekecewaan dan ketidak puasan maupun pengalaman yang tidak menyenangkan, sehingga

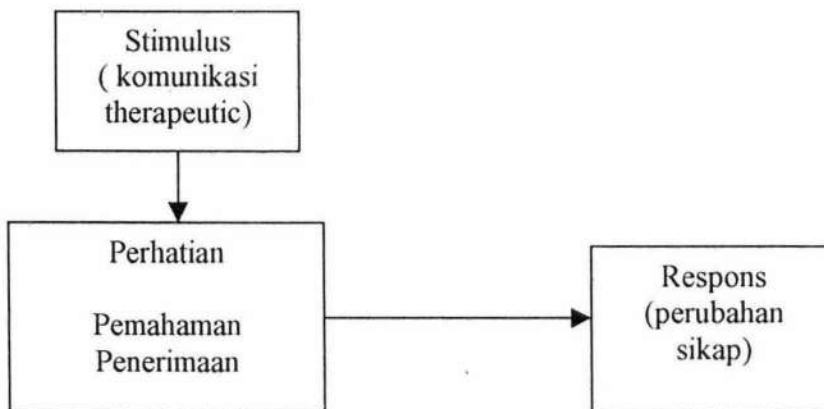
melahirkan perilaku keragu-raguan dan lepasnya kendali superego.(Melvin Singer, 1974).

Berdasarkan pandangan ahli Behaviorisme bentuk perilaku kecemasan pada suatu obyek akan dianggap benar jika mendapat *reinforcement* dan *rewards* dari lingkungannya dan tindakannya dirasakan dapat memuaskan dirinya walaupun kenyataan hal ini melanggar norma di masyarakat, dan mungkin akan dipertahankan orang tersebut (Kartini Kartono, 1992).

2.8 Pengaruh Komunikasi Terapeutik dalam Perubahan Sikap Anxiety Death.

Komunikasi Terapeutik pada prinsipnya berfungsi untuk membantu perubahan Sikap anak yang punya masalah yang dan memerlukan bantuan untuk pemecahannya. Mengingat dalam komunikasi terapeutik hubungan anak dengan petugas terjalin dengan baik sehingga anak merasa aman mengungkapkan masalah masalah yang sifatnya pribadi yang selama ini menjadi ganjalan anak dan dibicarakan jalan keluarnya yang menjadi solusi/ kesepakatan antara petugas dengan anak sehingga anak mempunyai konsep dan pengalaman baru dan meninggalkan perilaku lama yang telah diyakini bahwa perilaku baru tersebut dapat bermanfaat dan dapat diterima oleh norma yang ada dalam keluarganya maupun di masyarakat. (Dep Kes RI , 1992).

Asumsi dasar yang dipergunakan untuk melandasi pengaruh komunikasi terapeutik terhadap perubahan sikap anak ini ialah sejauhmana komunikasi terapeutik itu diperhatikan, difahami, dan diterima seperti dapat digambarkan seperti dibawah ini :



Gb. 2.3 Langkah-langkah Perubahan Sikap menurut Model Hovland Disadur oleh Saifudin Azwar (1997:63).

Teori Disonansi Kognitif

Dalam teori disonansi kognitif perubahan sikap akan mudah terjadi apabila terjadi ketidak seimbangan (*disonansi*) kognitif diantara komponen sikap dalam diri individu. Oleh karenanya strategi persuasi menurut teori ini menekankan pada proses manipulasi atau usaha menimbulkan disonansi dalam diri individu sehingga persuasi akan mudah menimbulkan perubahan sikap ke arah yang dikehendaki.(Saifuddin Azwar , 1997 : 83)

Brehm dan Kassin (1990) menguraikan pandangan baru teori disonansi kognitif yang dikemukakan Leon Festinger (1957) mengenai timbulnya disonansi

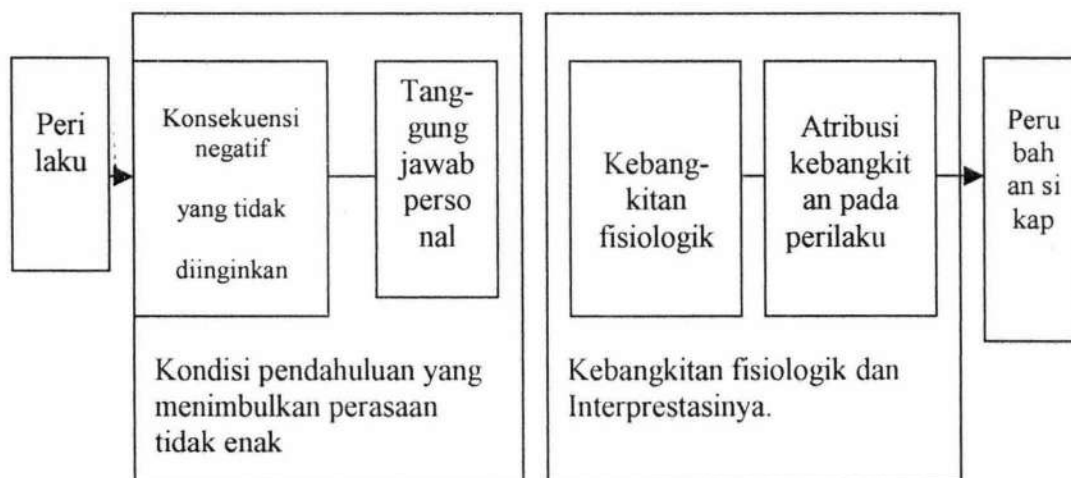
dan implikasinya pada strategi persuasi. Menurut pandangan ini , memang benar bahwa orang akan mengubah sikapnya untuk menghilangkan disonansi akibat tidak sesuainya sikap dengan perilaku. Akan tetapi disonansi hanya akan terjadi dalam kondisi –kondisi tertentu.

Cooper & Fasio (1984, dalam Berhm & Kassin, 1990) mengatakan bahwa harus ada empat langkah sebelum timbul dan menghilangnya disonansi. Pertama , ketidak sesuaian sikap dan perilaku seseorang haruslah menimbulkan konsekuensi negatif yang tidak diinginkan. Apabila ketidak sesuaian itu diperkirakan tidak akan menimbulkan akibat negatif maka disonansi tidak akan terjadi. Peran kesadaran akan konsekuensi ini sangat penting seperti ditunjukkan oleh hasil penelitian Scher & Cooper di tahun 1989 yang memperlihatkan bahwa konsekuensi negatif tetap dapat menimbulkan disonansi sekalipun sikap dan perilaku orang yang bersangkutan ternyata konsisten. Kedua adalah adanya rasa tanggung jawab personal terhadap konsekuensi negatif perilaku. Tanggung jawab personal ini terdiri atas dua faktor yakni (1) kebebasan untuk memilih (*freedom of choice*) dan (2) antisipasi terhadap konsekuensi negatif perilaku. Kebebasan memilih berkaitan dengan keterpaksaan melakukan suatu perilaku. Apabila seseorang dipaksa oleh situasi atau kondisi untuk melakukan perilaku yang tidak sesuai dengan sikapnya maka ia akan merasakan adanya tanggung jawab personal dan tidak akan terjadi disonansi. Sebaiknya , perilaku yang tidak sesuai dengan sikap yang dilakukan atas pilihan sendiri akan menuntut tanggung jawab personal dan karenanya akan menimbulkan disonansi kognitif. Pada sisi lain , untuk dapat menimbulkan disonansi perilaku yang tidak

sesuai dengan sikap itu harus sudah dapat diantisipasi akibat negatifnya. Kalau konsekuensi negatif itu tidak disadari atau belum terlihat pada saat melakukan perilaku maka tidak akan terjadi disonansi dan tidak juga akan terjadi perubahan sikap. Ketiga, agar proses disonansi terjadi haruslah ada kebangkitan fisiologik (*physiological arousal*).

Seperti sejak awal telah dikatakan oleh Festinger, disonansi kognitif memang merupakan tekanan atau ketegangan yang mendorong individu untuk menghilangkannya sebagaimana halnya dengan fenomena fisik lain seperti rasa haus, lapar, dan kebutuhan-kebutuhan dasar lainnya. Keempat, individu harus mengatribusikan (mengembalikan penyebab) timbulnya kebangkitan fisiologik yang tidak diatribusikan pada perilaku sendiri tidak akan menimbulkan disonansi kognitif.

Gambar 11. mengilustrasikan empat langkah dalam proses terjadinya disonansi.



Gb. 2.4 Empat kondisi agar terjadi kebangkitan dan pengurangan disonansi (diadaptasi dari Brehm & Kassir, 1990 : 478 Disadur oleh Saifuddin Azwar, 2000).

Dari gambar diatas dapat disimpulkan bahwa, dari timbulnya ketidak seimbangan dalam diri individu misalnya kecemasan akan menimbulkan perasaan tidak enak, dari perasaan ini muncul tanggung jawab individu untuk bangkit secara fisiologik menghilangkan rasa tidak enak tersebut. Dengan adanya bantuan pihak lain misalnya komunikasi persuasi maka timbul kebangkitan fisiologik dan interprestasi untuk merubah perasaan ke arah yang di inginkan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

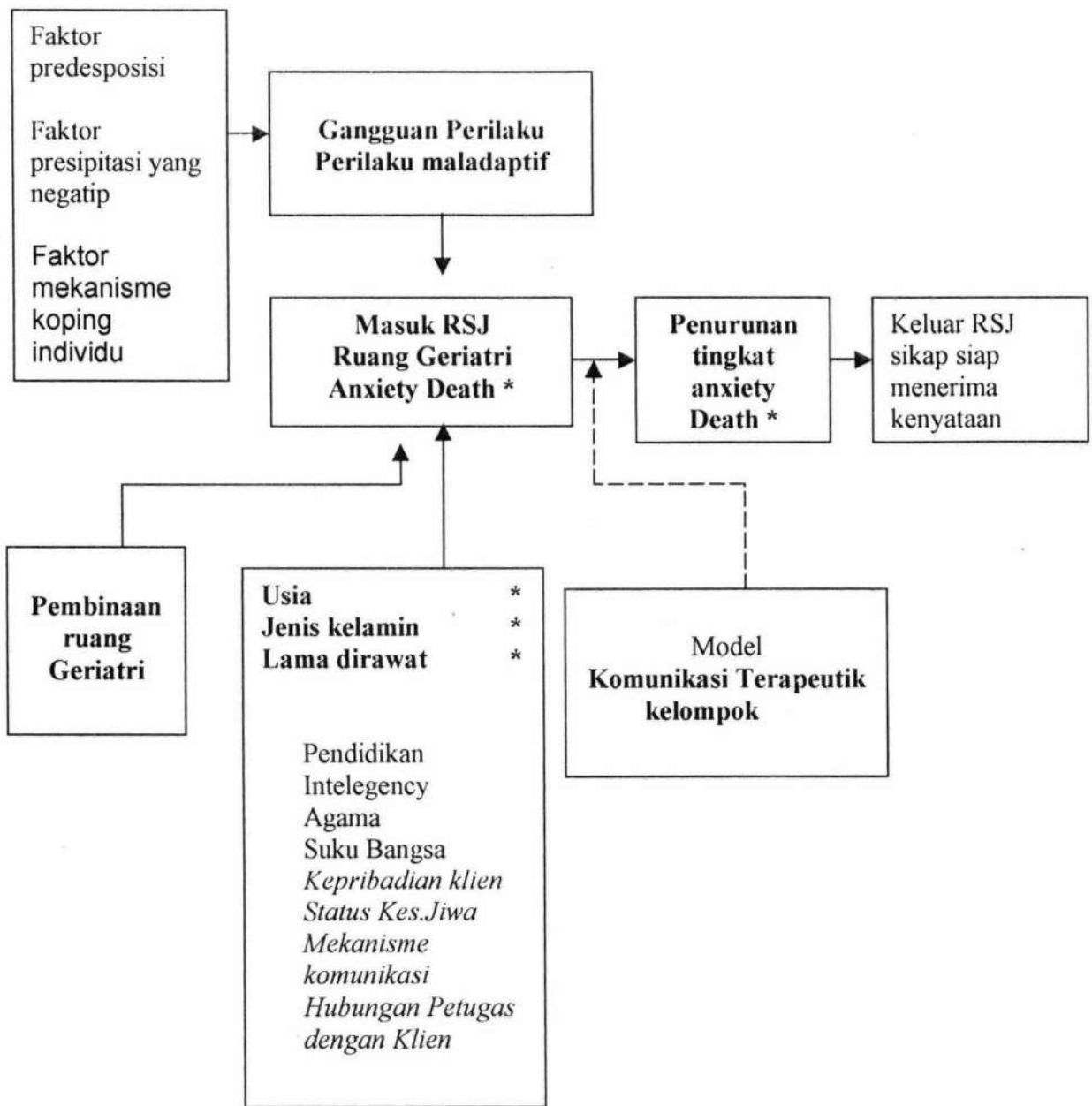
Gangguan sikap berupa kecemasan menghadapi kematian pada pasien lansia yang mengalami gangguan jiwa *Anxiety Death* hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu:

1. *Degeneratif dari fungsi fisik maupun mental yang mengakibatkan gangguan pola interaksi dan reaksi terhadap situasi maupun lingkungan pasien*
2. *Pengaruh Kurangnya pengetahuan maupun pengalaman pasien terhadap suatu obyek tertentu misalnya tentang proses perubahan pertumbuhan dan perkembangan manusia mulai dari konsepsi lahir dewasa manula sampai dengan proses kematian.*
3. *Pengaruh Sikap manusia* yang selalu ingin mencari yang menyenangkan dan menjauhi sesuatu yang menyusahkan dan menyedihkan. Kematian dianggap oleh banyak orang merupakan sesuatu yang menyedihkan dan menakutkan sehingga setiap orang cenderung melupakan dan tidak memikirkan serta tidak mau membahas hal hal yang berkaitan dengan kematian

Berdasarkan ketiga pengaruh diatas sikap lansia yang mengalami gangguan jiwa di RSJ Lawang makin hari semakin tidak paham dan tidak tahu mengenai Proses Kematian yang sebenarnya hal ini merupakan proses kehidupan manusia secara wajar menjadikan sesuatu yang sangat menakutkan mencemaskan setiap orang apalagi pada lansia yang kondisi fisik maupun mental setiap saat setiap waktu kian menurun , sehingga sesuatu yang tidak diketahui atau hanya sebagaian yang diketahui

ini merupakan sesuatu yang mencemaskan dan menakutkan bagi pasien lansia yang dirawat di RSJ Lawang.

Oleh Karena itu Strategi Promosi Kesehatan untuk peningkatan derajat kesehatan lansia menggunakan psikoterapi yang berupa Komunikasi Terapeutik sangat penting dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap lansia sehingga terjadi penurunan tingkat kecemasan lansia dalam menghadapi kematian sesuai dengan proses perkembangan yang wajar.



Tanda * Yang diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian “Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap perubahan sikap pasien lansia yang mengalami anxiety death.

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan masalah yang akan dipecahkan dalam penelitian , metode, teori konsep, serta fenomena yang berkembang , maka selanjutnya perlu Rumusan pernyataan hubungan formulasi antar variable yang akan di analisa dan dibuktikan dalam penelitian.

Mengingat kerangka konseptual maupun kerangka operasional diatas, maka hipotesis penelitian ini dirumuskan sebagai berikut :

3.2.1. Hipotesis kerja (Ha)

Ada pengaruh Komunikasi Terapeutik yang diberikan pada lansia terhadap perubahan sikap "*anxiety death*" antara sebelum dan sesudah perlakuan.

BAB 4

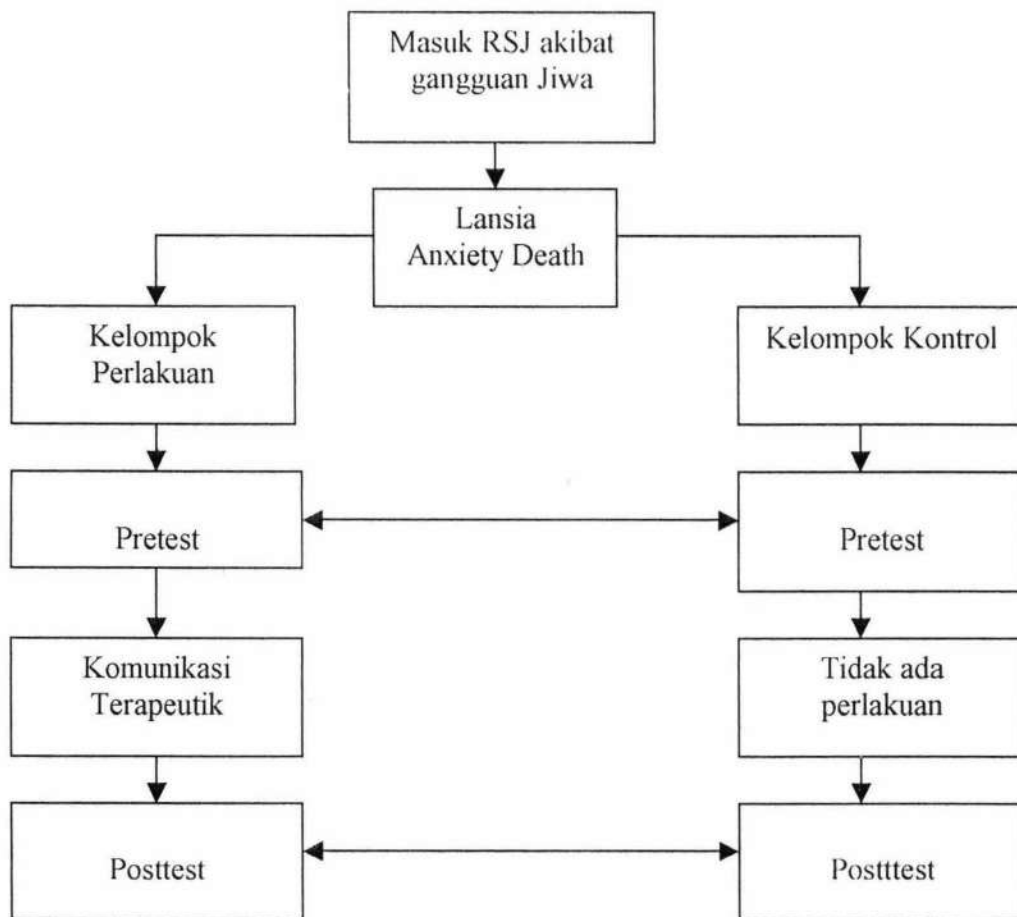
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *Quasi Experimental Design* dengan rancangan *The Randomized Control Group Pretest – posttest Design* Nazir Mohammad (1999; 289). Untuk jelasnya Rancangan quasi experiment ini digambarkan dalam bagan berikut ini.



Gambar 4.1 : Bagan Rancangan Quasi Experiment

Sumber : Nasir Mohammad (1999).

Adapun prosedur pelaksanaan Quasi Experimental Design ini adalah sebagai berikut

Pilih unit perlakuan (R) secara random dari populasi. Bagi unit perlakuan atas dua kelompok. Kelompok satu diberi perlakuan, sedangkan kelompok dua tanpa perlakuan dan merupakan kelompok kontrol.

Berikan pretest terhadap kedua kelompok , dan hitung median prestasi untuk masing – masing kelompok. Dalam penelitian ini , pretest diperlukan untuk mengidentifikasi , tingkat anxiety death lansia sebelum diberikan komunikasi terapeutik.

Berikan perlakuan untuk mencapai tujuan penelitian, dalam penelitian ini perlakuannya berupa komunikasi terapeutik secara kelompok.

Berikan posttest untuk kedua kelompok , dan hitung median prestasi untuk masing-masing kelompok . Dalam penelitian ini posttest diperlukan untuk mengidentifikasi perubahan penurunan sikap “*anxiety death*” setelah diberikan komunikasi terapeutik. Bandingkan perbedaan median (pretest dan posttest dari masing- masing kelompok dan dibandingkan perbedaan tersebut secara statistik. Untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik terhadap perubahan sikap “*anxiety death*” setelah diberi perlakuan. Untuk mengetahui perbedaan tingkat sikap “*anxiety death*” lansia antara yang diberi perlakuan dan kelompok kontrol , maka dilakukan uji beda.

Uji beda dalam penelitian ini menggunakan Uji berpasangan Non Parametrik Wilcoxon.

Simple Random Sampling artinya pengambilan Simple dilakukan dengan cara acak dengan undian dengan harapan seluruh unit dalam populasi akan diwakili

dalam undian masing masing oleh sebuah nomor yang akan dibuat pada secarik kertas . Masing masing nomor tadi diberi nomor kemudian digulung dan dimasukkan dalam sebuah kotak dan kemudian diaduk secara merata . Selanjutnya penarikan dilakukan dengan mengangambil gulungan kertas sesuai dengan jumlah simplel yang diinginkan untuk dijadikan sample. (*Sударso, Editor Bagong Suyanto 1995*).

Kuasi eksperimental dengan menggunakan kelompok kontrol sedang yang diukur adalah skala pengetahuan dan sikap "*anxiety death*" lansia sebelum dan sesudah perlakuan .

4.2 Populasi dan sample

4.2.1 Unit Observasi

Unit observasi dalam penelitian ini ialah individu. Lansia yang dirawat di ruangan Geriatri RSJ Lawang

4.2.2 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Geriatri Pria dan Wanita Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Widjodiningrat Lawang.

4.2.3 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua Lansia yang dibina di Ruang Geriatri RSJ Lawang yang memiliki ciri sebagai berikut : (1) Usia diatas 55 tahun; (2) Jenis kelamin laki laki/perempuan (3) Tingkat pendidikan minimal SD; (4)

Pembinaan di RSJ Lawang minimal 1 (satu) bulan masih dirawat di Ruang Geriatri RS Jiwa Lawang sampai selesai kegiatan penelitian (5) Lansia tersebut mengalami gangguan Anxiety Death

Berdasarkan kriteria di atas dari semua penghuni ruang Geriatri RSJ lawang baik Pria maupun Wanita sebanyak 26. orang yang memenuhi kriteria sebanyak 25 orang, dan mereka ditetapkan menjadi populasi penelitian ini.

4.2.4 Jumlah sample .

Jumlah sample ada dua yaitu sampel kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Besar anggota sampel pada kedua kelompok adalah sama dan ditetapkan berdasarkan rumus sampling menurut *Higgins dan Kleinbaum : 1985*

$$n = \frac{1}{(1-f)} \times \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 S_c^2}{(x_c - x_t)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel setiap kelompok

f = proporsi kegagalan

x_t = nilai rata rata kelompok perlakuan

x_c = nilai rata-rata kelompok kontrol

S_c = Standar deviasi kelompok kontrol

Berdasarkan penelitian pendahuluan pada penelitian ini ditetapkan nilai f sebesar 0,10 ; Z_α pada 0,05 sebesar 1,96 ; Z_β pada 0,10 sebesar 1,28 ; x_t sebesar 3,4 ; x_c sebesar 1,4 ; (S_c) sebesar 1,14 ; maka hasil perhitungan berdasarkan

rumus sampling yang digunakan diperoleh $n = 6,61$ maka besar sampel setiap kelompok minimal 7 orang. Dengan memperhatikan derajat kebebasan dan besar sampel suatu penelitian experimental serta pendapat Winarno Surachmad yang dikutip oleh Cholid Narbuko dalam Metodologi Penelitian 1997 : hal. 110 menjelaskan bahwa :

Apabila Populasi cukup homogen , terhadap populasi dibawah 100 (seratus) , dapat menggunakan sampel sebesar 50 % dari jumlah populasi, namun berdasarkan pertimbangan peniliti mengingat jumlah populasi yang hanya 25 orang, maka penelitian ini ditetapkan besar sampel menggunakan total sampling. Setelah dilakukan uji *Death Anxiety Scale (DAS)* , dari 25 orang tersebut yang mengalami anxiety death sebanyak 20 orang, sehingga setiap kelompok adalah 10 orang. Dengan demikian besar sampel pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah 20 orang.

4.2.5 Tehnik dan prosedur pengambilan sample

Sampel dipilih secara random , dan tehnik yang digunakan adalah undian.

Sedangkan prosedur pengambilan sampelnya sbb. :

- 1.Menyusun daftar unit sampling
- 2.Pemilihan sample secara random
- 3.Dari jumlah sample yang ada dibagi dua untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol Jumlah anggota tiap kelompok sama . Penentuan anggota kelompok dilakukan secara random.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang dimiliki oleh subyek penelitian, dan sebelum penelitian dilakukan variable ini harus sudah ditetapkan, diidentifikasi serta di klasifikasikan terlebih dahulu. Adapun jumlah variabel tergantung dari luas dan sempitnya penelitian yang akan dilakukan.

4.3.1 Klasifikasi variable

Variabel dalam penelitian ini dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Variabel bebas : Komunikasi Terapeutik
2. Variabel terikat : Perubahan sikap "*Anxiety Death*" pada lansia
3. Variabel kontrol : Usia lansia, jenis kelamin, lama dirawat tingkat pendidikan,

4.3.2 Definisi Operasional

Berisi penjelasan semua variable dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, dengan harapan untuk mempermudah pembaca dalam mengartikan makna dari penelitian

Tabel 4.1 Dfinisi Operasional

Variabel	Difinisi Operasional	Cara Mengukur	Skala	Kriteria
Variabel bebas .Komunikasi kasi	Pemberian bantuan berupa pemecahan masalah yang dihadapi klien secara langsung dengan wawancara menggunakan	Observasi pada saat proses interaksi sesuai tahapan.	Ordinal	Bila semua tahapan dilakuakn diberi skor 2 Bila

Terape utik.	tahapan 1. Pra Interaksi 2. Perkenalan atau Orientasi 3. fase kerja. 4. Terminasi.			tidak diberikan tahapan komunikasi skor =1
Variabel terikat Sikap Anxiety Death	Pandangan Perasaan yang tidak mengenakkan dalam kehidupan sehari hari terutama dengan kematian	Menggunakan Skala kecemasan pada kematian (Death Anxiety Scale DAS)	ordinal	Normal skor 1-3 Gangguan Ringan skor 4-6 Gangguan Sedang Skor 7-9 Berat skor 10-15
5.Usia Lansia	Lamanya hidup lansia mulai dari saat kelahiran sampai dengan saat pendataan.	Keterangan dari data data kelahiran dari Ruang Geriatri	ordinal	55-64 th lansia dini 65-70 th.lansia >70 th. risti
6.Pendidik an	Jenjang Ilmu Pengetahuan yang pernah diperoleh secara Formal/ setaraf yang terakhir diperoleh oleh lansia	Data Identitas Pendidikan lansia dari Buku Regestrasi Ruangan Geriatri RSJ.	Ordinal	SD/SLTP rendah SLTA Sedang Perguruan Tinggi : Tinggi.

4.4 Instrumen Pengumpulan data Penelitian

1. Daftar Isian

Daftar isian berguna untuk mengumpulkan data umum yang meliputi identitas subyek yaitu Nama, Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Agama.

2. Death Anxiety Scale (DAS)

DAS Yaitu scala alat penilaian yang mengukur gangguan tingkat kecemasan seseorang terhadap kematian

4. Skala Penilaian

Skala penilaian dipergunakan untuk mengukur perilaku sikap Lansia yang mengalami tingkat kecemasan pada kematian pada saat sebelum dan sesudah Intervensi. Skala penilaian ini merupakan alat pengukuran yang digunakan (Skala penilaian terpakai) oleh *Dodald I Templer, 1983*

Tes DAS ini menggunakan tes Obyektip tes sebanyak 15 butir soal dan masing masing terdiri dari 2 (dua) alternatip jawaban benar dan salah. Rentang skor sikap kecemasan ini i adalah 1 – 15, makin tinggi skornya makin berat tingkat kecemasannya dan makin rendah skornya berarti kondisi makin ringan. Untuk memudahkan dalam analisa data dan komputerisasi , maka dilakukan penilaian sikap dengan ketentuan skor sebagai berikut :

Tabel 4.1. Kriteria penilaian dan Skor Item Pernyataan Sikap

Kriteria Pilihan	Skor Item Posistip (Favoriabile)	Skor Item Negatip (Unfavoriabile)
Sesuai (benar)	1	0
Tidak sesuai (salah)	0	1

Tabel 4.2. Distribusi butir soal DETH ANXIETY SCALE (DAS) yang Favoriabile dan Unfavoriabile.

No.	Item soal	Favoriabile	Unfavoriabile
1.	Pengaruh lingkungan kusus	8, 13	3,
2.	Kesehatan fisik dan mental	4, 9, 11	6
3.	Pengharapan hidup	1, 12	5, 15
4.	Sikap dan Perilaku	10, 14	2, 7

Kriteria yang digunakan dalam skor penilaian sikap ini menggunakan Kategori : normal, gangguan ringan , gangguan sedang, gangguan berat. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat pada table dibawah ini.

Tabel 4.3. Kategori dan Skor Item Instrumen Sikap "Anxiety Death" lansia.

No.	Kategori	Skor Item
1.	Normal (N)	1 - 3
2.	Ringan (R)	4 - 6
3.	Sedang (S)	7 - 9
4.	Berat (B)	10 - 15

4.5. Prosedur Penelitian

1. Study Pendahuluan

Study Pendahuluan bertujuan pengumpulan data Identitas Umum,. Selanjutnya penentuan populasi dan sample penelitian. Kegiatan ini membutuhkan waktu selama 2 minggu.

2. Pengukuran 1 (pretest)

Pretest dilakukan untuk pengukuran derajat kecemasan lansia pada kematian yang mengalami gangguan, subyek yang diteliti pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan sebelum komunikasi terapeutik individu dilakukan kepada subyek. Pengukuran 1 dilakukan dengan pengamatan oleh petugas Ruang Geriatri RSJ Lawang berdasarkan skala penilaian DAS. Pengukuran 1 ini membutuhkan waktu 1 Minggu.

3. Eksperiment

Pelaksanaan eksperimentasi komunikasi terapeutik, dilakukan sebanyak 6 kali pertemuan seminggu 2 (dua) kali dan setiap pertemuan membutuhkan waktu 45 menit. Jumlah waktu yang diperlukan untuk eksperimen ini adalah 6 x 45 menit.

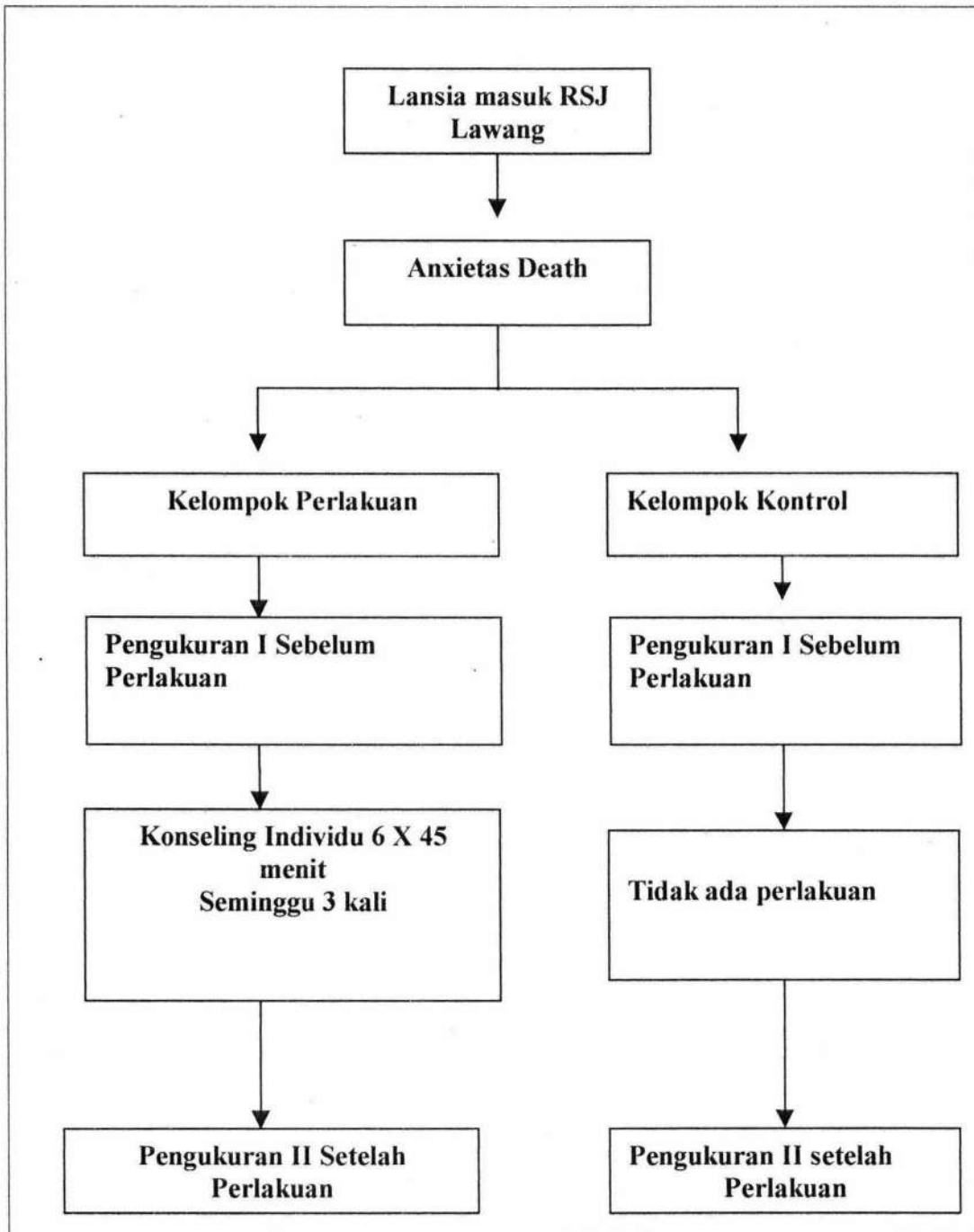
5. Pengukuran II (posttest)

Posttest yaitu pengukuran perilaku sikap Lansia terhadap tingkat kecemasan pada kematian kepada subyek yang diteliti setelah perlakuan Komunikasi Terapeutik Kelompok, dilakukan kepada subyek dengan alat ukur dan penilai yang sama dengan pengukuran I. Pengukuran II ini dilakukan 1 minggu setelah Intervensi komunikasi terapeutik kelompok terakhir. Pengukuran ini membutuhkan waktu 1 minggu.

4.5 Analisis Data

Jenis analisis data dilakukan dengan mempertimbangkan : (1) Penelitian ini bermaksud melakukan komparasi ; (2) Jumlah pengamatan : dua, yaitu sebelum dan sesudah intervensi ; (3) Jumlah variable yang diamati : satu, tingkat kecemasan lansia, dan dua : Komunikasi terapeutik (4) Jenis data yang diamati data berpasangan : Ordinal dan nominal. Atas pertimbangan itu maka jenis uji statistik yang digunakan adalah *tes Ranking Bertanda Wilcoxon* dengan taraf kepercayaan 95 persen.

Untuk lebih jelasnya prosedur penelitian dapat kami gambarkan seperti dibawah ini :



Gambar 4.2

Prosedur Pelaksanaan Penelitian

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5**HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN****5.1 Hasil Penelitian****Data Penelitian.**

Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wedyodiningrat Lawang merupakan Rumah Sakit Jiwa Pusat yang berada di Indonesia wilayah timur yang berdiri sejak Zaman Pemerintahan Hindia Belanda th. 18002. Rumah Sakit Jiwa Lawang memberikan Pelayanan kepada Masyarakat dalam Bidang Kesehatan Jiwa baik bagi yang Rawat Inap maupun Rawat Jalan.

Ruang Geriatri RSJ Dr. Radjiman Wedjodiningrat lawasng , merupakan Unit Pelayanan Rawat Inap bagi pasien yang mengalami gangguan Jiwa khusus yang lanjut Usia . Ruang Geriatri ini dibedakan menjadi 2 bagian berdasarkan kelompok kelamin yaitu 1. kelompok Geriatri Pria dengan tempat perawatan Ruang "BETET" dengan jumlah pasien 13 orang , 2 kelompok geriatic wanita dengan tempat perawatan di ruang Kenanga dengan jumlah 12 orang sehingga jumlah pasien di Ruang Geriatri pria maupun wanita sebanyak 25 orang

Lansia di Ruang Geriatri RSJ Lawang , yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria tertentu sebagaimana pada tabel 5.1 Berdasarkan ciri - ciri populasi tersebut terdapat 25 lansia yang memenuhi syarat sebagai populasi penelitian. Selanjutnya dari populasi ini dilakukan Uji Test Death Anxiety Scale (DAS)

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampling sebanyak 20 lansia yang dipilih berdasarkan hasil tes skala “*anxiety death*” (DAS).

Tabel 5.1 Karakteristik populasi penelitian

No	Karakteristik	Keterangan
1.	Usia	Lebih dari 55 th
2.	Pendidikan	Minimal Sekolah Dasar.
3.	Status pembinaan	Lansia yang dibina diruang geriatric RSJ lawang
4.	Lama pembinaan	Waktu penelitian mulai pretest, perlakuan sampai dengan posttest masih berada di Ruang Geriatri.
5.	Kondisi mental	Lansia yang ko operatip dan bisa diajak interaksi

5.1.1 Data Demografi

Data Demografi bertujuan untuk mengetahui sejauh mana faktor ini ikut berpengaruh terhadap penelitian yang dilakukan, Adapun faktor demografi yang ikut menjadi subyek peneloitian ialah : 1. Usia Responden 2. Pendidikan responden, 3. lama Perawatan, 4. Jenis kelamin Responden.

5.1.1.1 Usia Responden

Tabel 5.2. Usia Responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No.	Usia reponden	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Total Sampel
1.	55-64 th	2 (20 %)	1 (10 %)	3 (15 %)
2	65- 70 th.	5 (50 %)	2 (20 %)	7 (35 %)
3	>71 th.	3 (30 %)	7 (70 %)	10 (50 %)
		10 (100%)	10 (100%)	20 (100%)

Distribusi usia lansia pada kelompok usia 55 s/d 64 tahun sebanyak 20 % pada kelompok perlakuan dan 10 % kelompok kontrol, sementara lansia yang berusia 65 s/d 70 tahun 50 % pada kelompok perlakuan dan 20 % kelompok kontrol, sementara lansia yang berusia lebih dari 70 th. 30 % kelompok perlakuan dan 70 % pada kelompok kontrol .

5.1.1.2 Tingkat Pendidikan Lansia

Tabel 5.3 Tingkat Pendidikan lansia pada kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No.	Pendidikan	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Total Sampel
1.	S D	8 (80 %)	9(90 %)	17 (85 %)
2	SLTP	2(20 %)	1 (10 %)	3 (15 %)
3	SLTA	0	0	0
		10 (100%)	10 (100%)	20 (100%)

Dari data diatas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan lansia kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol di dominasi pendidikan SD (80 %) dan pada kelompok kontrol (90 %), sementara pada kelompok pendidikan SLTP hanya 20 % untuk kelompok perlakuan dan 10 % pada kelompok kontrol sedangkan tingkat pendidikan SLTA kelompok perlakuan sebanyak maupun kelompok kontrol sebanyak 0%

5.1.1.3 Lama Perawatan

Tabel 5.4 Lama Perawatan Lansia kelompok Perlakuan dan kelompok kontrol

No.	Lama Perawatan	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Total Sampel
1.	< 1 th	3 (30 %)	4 (40 %)	7 (35 %)
2	> 1 th.	7 (70 %)	6 (60 %)	13 (65 %)
	jumlah	17 (100%)	17 (100%)	34 (100%)

Dari data diatas lama perawatan responden menunjukkan bahwa yang masa perawatan kurang dari 1 tahun sebanyak 30 % pada kelompok perlakuan dan 40 % pada kelompok kontrol sedangkan yang masa perawatannya lebih dari 1 th sebanyak 70 % untuk kelompok perlakuan sedangkan kelompok kontrol 60 % Dengan demikian lama perawatan responden lansia di Ruang Geriatri yang paling banyak adalah lansia dengan masa perawatan lebih dari 1 th.

5.1.1.4 Jenis kelamin Responden

Tabel 5.5 Jenis kelamin responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No.	Jenis Kelamin	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Total Sampel
1.	Pria	4 (40 %)	5 (50 %)	9 (45 %)
2	Wanita	6 (60 %)	5 (50 %)	11 (55 %)
	Jumlah	10 (100%)	10 (100%)	20 (100%)

Dari data diatas menunjukkan bahwa jenis kelamin antara pria dengan yang wanita hampir sama yaitu 45 % pria sedangkan wanita 55 %, sehingga distribusi jenis kelamin yang banyak adalah wanita.

5.1.2 Hasil Pre-Test

Pre Test dilaksanakan pada tanggal 12 dan 13 Nopember 2002, terhadap 25 lansia (responden) yang memenuhi karakteristik penelitian . Dari hasil pretest tersebut terdapat 20 responden yang mengalami gangguan kecemasan (*Anxiety Deth*), selanjutnya digunakan sebagai sampel penelitian. Dari sampel tersebut dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 10 responden kelompok perlakuan dan 10 responden yang lain sebagai kelompok kontrol , adapun hasil pretest adalah sebagai berikut :

Tabel 5.6 Hasil Pre-Test sikap Anxiety Death pada Responden yang dirawat di Ruang Geriatri Rumah Sakit Jiwa Lawang tanggal 12 Nopember 2002.

No.	Bangsai	Responden	Normal	Gangguan
1.	Geriatri Pria (Betet)	12	3	9
2.	Geriatri Wanita (Kenanga)	13	2	11
	Jumlah	25 (100%)	5(20%)	20(80%)

Berdasarkan tabel 5.6 diatas analisis Hasil Identifikasi lansia yang mengalami sikap *Anxiety Death* di Ruang Geriatri RSJ Dr. Radjiman Widiodiningrat Lawang sebagai berikut : Lansia yang mengalami Gangguan sikap berupa *Anxiety Death* dari seluruh penderita yang dirawat di ruang geriatric RSJ lawang berdasarkan karakteristik dan test "*Death Anxiety Scall*" lihat tabel 5.1 , 5.6, dari 25 responden 20 (80%). responden mengalami gangguan sikap berupa *Anxiety Death*, sedang 5 responden (20%) dalam kondisi Normal. Hal ini berarti bahwa kasus Geriatri pada umumnya mengalami "*Anxiety Death*."

5.1.3 Kategori Tingkat "*Anxiety Death* " lansia sebelum perlakuan Komunikasi terapeutik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Lansia yang mengalami gangguan "*Anxiety Death*" baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya. Untuk kelompok perlakuan klasifikasi sedang 1 responden(10%), klasifikasi berat 9responden(90%), sedangkan kelompok kontrol dengan

klasifikasi sedang 3 responden (30%) , klasifikasi berat 7 responden (70%). Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.7 Hasil Pre Test Sikap "Anxiety Death" lansia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan kategori.

No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Skor	Lambang	Kategori	Skor	lambang	Kategori
1.	12	3	Berat	12	3	Berat
2.	10	3	Berat	9	2	Sedang
3.	12	3	Berat	13	3	Berat
4.	9	2	Sedang	10	3	Berat
5.	14	3	Berat	8	2	Sedang
6.	13	3	Berat	12	3	Berat
7.	13	3	Berat	13	3	Berat
8.	10	3	Berat	9	2	Sedang
9.	12	3	Berat	14	3	Berat
10.	12	3	Berat	13	3	Berat
	117	29	R- 0 S - 1 B - 9	113	27	R = 0 S _ 3 B _ 7

Hasil *Pre Test* diatas menunjukkan bahwa perbedaan sikap lansia yang mengalami anxiety death antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pada umumnya berada pada kategori berat, dimana sikap "Anxiety Death" dengan kategori sedang 1 responden (10 %) dan 3 responden (30 %) pada kelompok kontrol , sedang yang kategori berat 9 responden (90 %) pada kelompok perlakuan dan 7 responden (70%) pada kelompok kontrol. Berdasarkan data tabel

diatas maka semua responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol pada umumnya sama sama berada pada kategori berat.

5.1.4 Hasil Post-Test

Post-Test dilaksanakan pada tanggal 6 Desember 2002, yaitu setelah sela satu minggu experiment dilakukan, hal ini dimaksudkan agar hasil experiment yang berupa komunikasi terapeutik kelompok selama 2 minggu mulai tanggal 15 s/d 29 Nopember 2002 dengan frekuensi tiga kali dalam seminggu sudah bisa dipahami dan direnungkan oleh masing masing responden. Adapun hasil post-test sikap "*Anxiety Death*" lansia seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.8 Hasil Kategori Post Test Sikap "*Anxiety Death*" lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Responden	Skor	Kategori	Responden	Skor	Kategori
1.	A	9	Sedang	A1	12	Berat
2.	B	7	Sedang	B1	9	Sedang
3.	C	8	Sedang	C1	13	Berat
4.	D	5	Ringan	D1	10	Berat
5.	E	9	Sedang	E1	9	Berat
6.	F	8	Sedang	F1	11	Berat
7.	G	8	Sedang	G1	13	Berat
8.	H	7	Sedang	H1	9	Sedang
9.	I	7	Sedang	I1	12	Berat
10.	J	9	Sedang	J1	13	Berat
	Jumlah	77		Jumlah	111	
			R.- 1			R_0
			S- 9			S_ 3
			B- 0			B_ 7

Hasil *Post Test* diatas menunjukkan bahwa ada perbedaan sikap lansia pada anxiety death antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dimana kelompok perlakuan dengan kategori ringan 1 responden (10 %), kategori sedang 9 responden (90 %), berat (0 %) sementara pada kelompok kontrol yang kategori ringan 0%, kategori sedang 3 responden (30 %), sedangkan kategori berat 7 responden (70 %). Dengan demikian maka untuk kelompok perlakuan pada umumnya berubah menjadi kategori sedang, sementara kelompok kontrol pada umumnya tetap dalam kategori berat.

Perlakuan Komunikasi Terapeutik selama 2 minggu yaitu mulai tanggal 15 s/d 29 Nopember 2002 dengan frekuensi tiga kali dalam seminggu dapat dilihat hasilnya melalui analisa sejauhmana perubahan yang terjadi antara sebelum perlakuan dan setelah perlakuan, adapun skor perubahan Sikap "Anxiety Death" antara pre dan post-test adalah sebagai berikut :

Tabel 5.9 Skor sikap anxiety death antara pre dan post test kelompok perlakuan berdasarkan Ranking Deviasi.

Responden	Pre Test	Post test	D	Rangking d	Rangking tanda yang lebih besar frekuensinya
A	12	9	3	1	
B	10	7	3	1	
C	12	8	4	4	
D	9	5	4	4	
E	14	9	5	3	
F	13	8	5	3	
G	13	8	5	3	
H	10	7	3	1	
I	12	7	5	3	T = 0
J	12	9	3	1	N = 10
			T = 0		
			N = 10		
			Z = -2,842		
			P = 0,004		

Dari data diatas didapatkan bahwa dari jumlah responden (N) =10 sementara t simpangan yang negatif (T) = 0, dari hasil Uji statistik Non Parametrik Wilcoxon didapatkan Z = -2,842 dengan tingkat signifikansi (P) = 0,004

5.1.5 Pengaruh Komunikasi terapeutik terhadap perubahan Sikap Anxiety Death lansia di Ruang Geriatri RSJ Lawang

Untuk membuktikan sejauh mana pengaruh perlakuan komunikasi terapeutik terhadap perubahan sikap "Anxiety Death" lansia di ruang geriatric Rumah Sakit Jiwa Lawang dapat kita lihat dari Signifikansi dan nilai rata-rata

(mean) antara sebelum dan sesudah perlakuan kedua kelompok. Untuk lebih jelasnya dapat kita lihat pada tabel dibawah :

Tabel 5.10 Skor sikap anxiety death antara pre dan post test kelompok perlakuan berdasarkan Ranking Deviasi.

Responden	Pre Test	Post test	D	Rangking d	Rangking tanda yang lebih besar frekuensinya
A	12	9	3	1	
B	10	7	3	1	
C	12	8	4	4	
D	9	5	4	4	
E	14	9	5	3	
F	13	8	5	3	
G	13	8	5	3	
H	10	7	3	1	
I	12	7	5	3	T = 0
J	12	9	3	1	N = 10
			T = 0		
			N = 10		
			Z = -2,842		
			P = 0,004		

Dari data diatas didapatkan bahwa dari jumlah responden (N) =10 sementara t simpangan yang negatip (T) = 0, dari hasil Uji statistik Non Parametrik Wilcoxon didapatkan Z = -2,842 dengan tingkat signifikansi (P) = 0,004

Tabel 5.11 Skor sikap "anxiety death" antara pre dan post test kelompok kontrol berdasarkan Ranking Deviasi.

Responden	Pre Test	Post test	d	Rangking d	Rangking tanda yang lebih besar frekuensinya
A1	12	12	0	0	
B1	9	9	0	0	
C1	13	13	0	0	
D1	10	10	0	0	
E1	8	9	-1	-1	1
F1	12	11	1	1	
G1	13	13	0	0	
H1	9	9	0	0	
I1	14	12	2	0	T = 1
J1	13	13	0	0	N = 10
			T = 1		
			N = 10		
			Z = -0,816		
			P = 0,414		

Dari data diatas dapat kita lihat bahwa hasil pre dan post test kelompok kontrol N = 10 sementara simpangan negatif T = 1 dari hasil Uji statistik Non Parametrik Wilcoxon nilai Z = 0,816 dan tingkat signifikansi P = 0,414

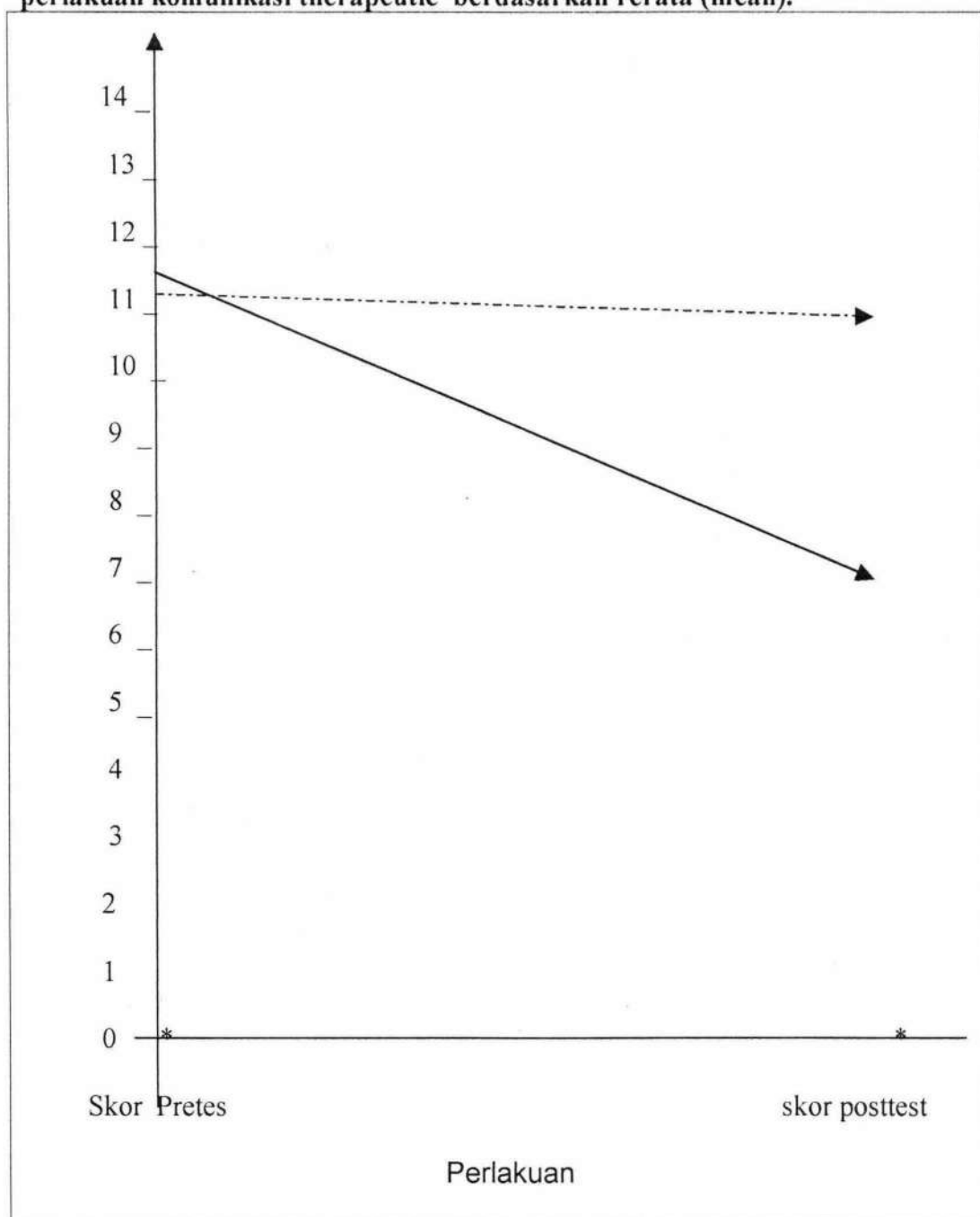
abel 5.12 Perbedaan perubahan Sikap "Anxiety Death" lansia antara pre dan post-test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No.	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Respon- Den	Skor Test			Respon- Den	Skor Test		
		Pre	Post	Peru- bahan		Pre	Post	Peru- bahan
1.	A	12	9	3	A1	12	12	0
2.	B	10	7	3	B1	9	9	0
3.	C	12	8	4	C1	13	13	0
4.	D	9	5	4	D1	10	10	0
5.	E	14	9	5	E1	8	9	-1
6.	F	13	8	5	F1	12	11	1
7.	G	13	8	5	G1	13	13	0
8.	H	10	7	3	H1	9	9	0
9.	I	12	7	5	I1	14	12	2
10.	J	12	9	3	J1	13	13	0
	Jumlah	117	77	40 34,19%	Jumlah	113	111	2 1,77%
	Mean	11,70	7,700		Mean	11,300	11,100	

Hasil *Pre Test* dan *Post Test* diatas menunjukkan bahwa ada perubahan sikap anxiety death responden antara skor Pre Test dengan Post Test pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol kelompok kontrol, dimana sikap responden pada kelompok perlakuan berubah dengan skor 77 (65,81%) pada kelompok kontrol, berubah menjadi 111 (98,23%). Rerata (mean) skor pretest sebesar 11,7 sedangkan posttest 7,7 sehingga terjadi perubahan penurunan 4. Sementara pada kelompok kontrol rerata(mean) pretest sebesar 11,3 sedangkan

rerata posttest 11, 1 sehingga terjadi perubahan penurunan 0,20. Untuk lebih jelasnya dapat kita gambarkan sbb. :

Gambar 5.1. Arah perubahan intensitas sikap Anxiety Death sebelum dan sesudah perlakuan komunikasi therapeutic berdasarkan rerata (mean).



Keterangan garis :
 ————— kelompok perlakuan
 - - - - - Kelompok kontrol

bel .5.13 Hasil Analisis statistik tentang sikap Anxiety Death Lansia sebelum dan sesudah perlakuan komunikasi terapeutik

Kelompok Perlakuan	Z	P	Keterangan
Perlakuan	-2,842	0,004	Signifikan
Kontrol	-0,816	0,414	Tidak Signifikan

Keterangan :

Z = nilai perhitungan statistik Wilcoxon

P = Probabilitas

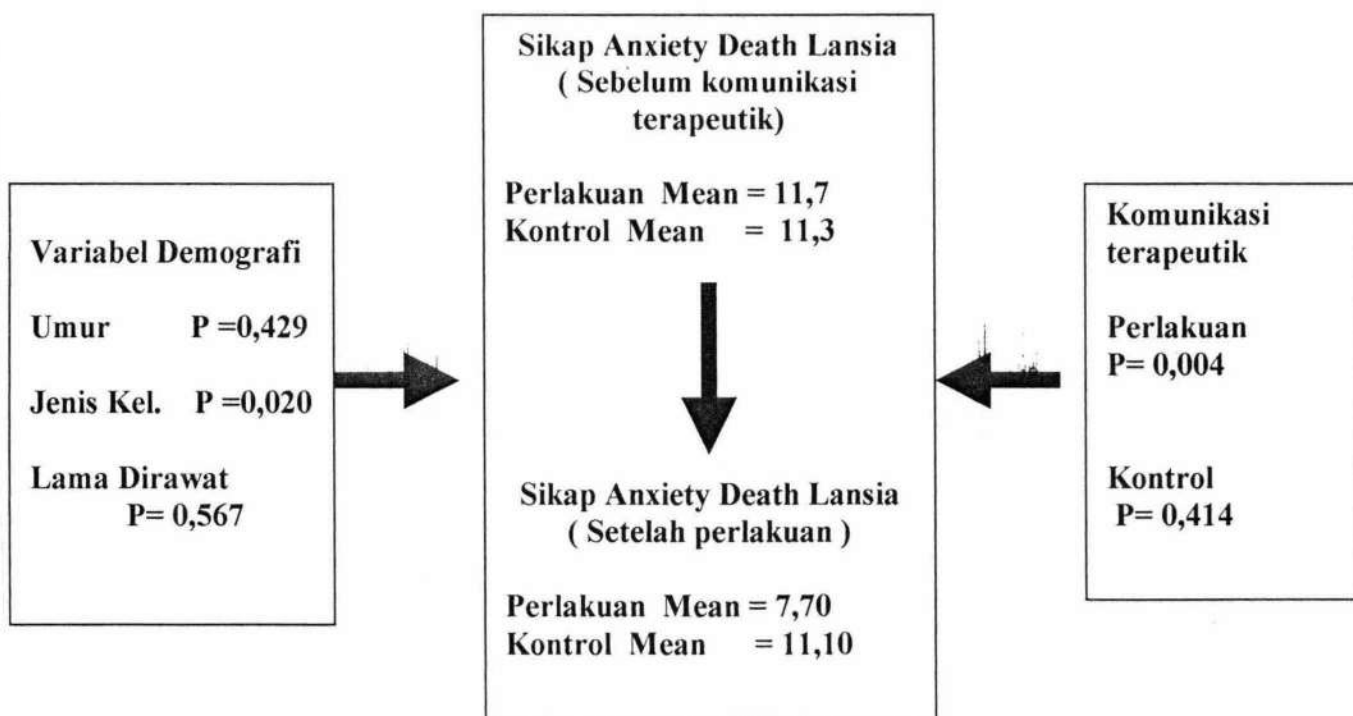
Dari tabel diatas maka dapat kita lihat bahwa dari perhitungan statistik sikap Anxiety Death lansia yang mengalami perlakuan komunikasi terapeutik $Z = -2,842$ sementara signifikansi $P = 0,004$ sementara untuk kelompok kontrol $Z = -0,816$ $P = 0,414$

Tabel 5.14 Hasil Analisis statistik variable Demografi terhadap kelompok perlakuan sikap "Anxiety Death" lansia di Ruang Geriatri RS Jiwa Lawang.

Kelompok Perlakuan	Std Error	T	P	Keterangan
Umur	0,233	-12,429	0,429	Tidak signifikan
Jenis kelamin	0,163	-20,821	0,020	Signifikan
Lama Dirawat	0,152	-21,604	0,567	Tidak signifikan

Dari data diatas dapat kita lihat bahwa perubahan sikap anxiety death mempengaruhi perubahan sikap anak kepada ayah adapun faktor tersebut berdasarkan hasil uji statistik **Correlation Spearman** yaitu : Usia anak $T = -12,429$ dan $P = 0,429$ tidak signifikan sementara jenis kelamin $T = -20,821$ dan $P = 0,020$ signifikan, sementara lama dirawat $T = -21,604$ dan $P = 0,567$ tidak signifikan

Gambar 5.2 Berdasarkan analisis ini dapat diketahui hubungan perubahan sikap anxiety death lansia di ruang Geriatri RSJ Lawang dengan variable penelitian yang lain dapat dilihat pada gambar.



5.2 Pembahasan.

Untuk membahas secara mendalam hasil penelitian yang dilakukan, maka dari data yang sudah peneliti paparkan diatas selanjutnya di analisa secara sistematis makna dari temuan tersebut sesuai dengan masalah dan tujuan penelitian . Untuk lebih jelasnya peneliti bahas satu persatu sebagai berikut :

5.2.1 Hasil Identifikasi Lansia di Ruang Geriatri RS Jiwa Lawang

Untuk mengidentifikasi Lansia yang mengalami Gangguan sikap berupa Anxiety Death dari seluruh penderita yang dirawat di ruang geriatric RSJ lawang lihat tabel 5.1 , dari 25 responden 20 (80%). responden mengalami gangguan sikap berupa Anxiety Death. Sementara 5 responden dalam kondisi normal. Hal ini menunjukkan bahwa kasus Geriatri pada umumnya mengalami gangguan Sikap "*Anxiety Death.*"

Sesuai dengan kondisi pasien yang dirawat di Ruang geriatric pada umumnya usianya berada diatas 55 th(usia senja) artinya dari proses kehidupan manusia pada usia ini sudah mendekati proses akhir yaitu kematian. Setiap lansia menyadari sepenuhnya bahwa saat ini adalah masa akhir dari kehidupannya dimana kemunduran kondisi fisik dan mental disamping penyimpangan perilaku responden saat ini sebagai pemicu rangsang /masalah kemudian mekanisme koping lansia karena menganggap amal perbuatanya selama ini kurang baik maka dia mal adaptip dan timbul kecemasan pada kematian (Anxiety Death),
Benyamin Spock,(1991)

Kondisi seperti ini jika tidak segera ditangani maka kecemasan tersebut akan dibawa sampai proses kematian. Tindakan Asuhan Keperawatan berupa

komunikasi terapeutik yang mengutamakan hubungan baik dan kedekatan antara care giver dengan responden diberikan guna membantu meringankan beban responden.

5.2.2 Tingkat "Anxiety Death" lansia sebelum diberi komunikasi terapeutik

Berdasarkan hasil identifikasi Tingkat "Anxiety Death" lansia sebelum diberi komunikasi terapeutik dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, tabel 5.7, pada kelompok perlakuan 90% sementara kelompok kontrol 70% mengalami gangguan "Anxiety Death" tingkat berat.

Hal ini wajar mengingat hasil penelitian Templer yang dicetak ulang oleh Kevin Corcoran Joel Fiscer, 1987, juga menyebutkan "Anxiety Death banyak dijumpai pada lansia yang mengalami gangguan jiwa".

Kondisi ini merupakan kondisi awal dari responden sebelum mendapatkan perlakuan komunikasi terapeutik.

5.2.2 Perubahan Tingkat "Anxiety Death" lansia sesudah diberikan komunikasi terapeutik kelompok

Berdasarkan data perubahan sikap "Anxiety Death" antara sebelum dan sesudah perlakuan seperti pada tabel 5.8, dan 5.9,

Dari tabel tersebut kita dapatkan dari hasil uji statistik Non Parametrik Wilcoxon, didapatkan nilai $Z = -2,842$, sedangkan $p = 0,004$, karena $p < \alpha 0,05$ perubahan sangat signifikan.

Sementara seperti kita ketahui bersama bahwa sikap anxiety death responden setelah diberi komunikasi terapeutik dari N 10 maka yang terjadi penurunan tingkat nilai (*negative ranks*) = 10 responden dengan *mean ranks* 7,70 sementara yang mengalami kenaikan nilai (*positive ranks*) = 0 sedangkan yang jumlah nilainya tetap = 0 responden, berarti perubahan sikap anxiety death responden setelah diberi komunikasi terapeutik sangat signifikan dimana

terdapat perbedaan sikap antara sebelum perlakuan dengan sesudah diberi perlakuan komunikasi terapeutik.

Hal ini dikarenakan Sikap sosial responden terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosialnya individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai obyek psikologis yang dihadapinya. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap responden dengan anggota kelompok adalah orang lain yang dianggap penting, pengalaman individu, agama, budaya, media masa, pendidikan serta faktor emosi individu serta situasi waktu bertindak.

Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi) pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu obyek tertentu yang ada disekitarnya (Scord & backman, 1964; Azwar S, 1995).

Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (Favorable) maupun perasaan tidak mendukung (unfavorable) pada suatu obyek (Berkowitz, 1972, Azwar S, 1995). Secara lebih spesifik. Thurstone menformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis (Ednards, 1957, Azwar S, 1995).

Perlakuan komunikasi terapeutik merupakan salah satu terapi client centered yang menitik beratkan hubungan pribadi antara resp[onden dan asuhan terapis. Sikap seorang terapis lebih penting dari pada tehnik- tehnik pengetahuan atau teori, jika asuhan terapis menunjukkan dan mengkomunikasikan kepada responden, bahwa pemberi asuhan terapis adalah pribadi yang selaras, secara hangat dan tak bersyarat menerima perasaan dan kepribadian responden dan

mampu mempersepsi secara peka dan tepat dunia internal responden, sebagaimana responden mempersepsi dunia internalnya itu maka responden bisa menggunakan komunikasi terapeutik untuk memperlancar pertumbuhan dan menjadi pribadi yang dipilihnya (Gerald Corey yang disadur oleh E. Kaswara 1999 : 109).

Dengan masuknya informasi dan stimulus dari komunikasi terapeutik secara individual yang berisi isu permasalahan individu, situasi, isu sosial, kelompok sosial dan obyek permasalahan yang dirasakan responden diharapkan ada perubahan afeksi, kognisi sehingga responden bisa merespon dan mempersepsikan tentang keyakinannya. (Fisbin & Ajzen, 1975 : 340)

5.2.4 Pengaruh Komunikasi terapeutik terhadap perubahan sikap Anxiety death lansia di ruang geriatric RS jiwa Lawang

Sebagai bukti bahwa Komunikasi terapeutik yang diberikan kepada lansia di ruang Geriatri RS Jiwa lawang berpengaruh terhadap perubahan sikap "Anxiety Death" lihat tabel 5.13, dan gambar 5.2.

Dimana perubahan setelah perlakuan komunikasi terapeutik kelompok data statistik menunjukkan Probabilitas yang sangat bermakna / signifikan sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan komunikasi terapeutik kondisi perubahannya tidak signifikan .

Hal ini dikarenakan bentuk Asuhan Keperawatan yang diberikan oleh Care Giver pada lansia yang mengalami "Anxiety Death" menekankan hubungan yang terapeutik yang dapat menumbuhkan sikap percaya terhadap apa isi (obyek)

yang disampaikan oleh komunikator , selanjutnya dengan pengetahuan dan pengalaman yang ia miliki mereka observasi dan akhirnya membuat suatu kesimpulan dan dari kesimpulan ini maka seseorang tertarik terhadap suatu obyek yang dibicarakan dan selanjutnya kalau dianggap menguntungkan bagi seseorang maka dia akan merubah sikap yang ia miliki sebelumnya. Sikap dan perilaku yang baru ini akan cenderung dipertahankan dan dilakukan berulang kali jika menghasilkan bentuk konsekuensi yang positif. Sedang kelompok kontrol yang tidak mendapat perlakuan berarti tidak terjadi proses interaksi ke arah perubahan sehingga kondisinya tetap.

5.2.5 Sejauh mana pengaruh Faktor demografi terhadap Komunikasi terapeutik yang diberikan

Sebagai sasaran (subyek) dalam penelitian ini adalah pasien lansia yang dirawat di ruang Geriatri RSJ Lawang dengan usia lebih dari 55 tahun kooperatif dengan pendidikan minimal Sekolah Dasar.

Usia Responden juga memegang peranan penting dalam penelitian ini . berdasarkan analisa data maka distribusi usia yang paling banyak yaitu usia 65- 70 th (50 %) sedangkan untuk kelompok kontrol usia yang paling banyak yaitu usia lebih dari 70 th. (50%) Sedang pengaruhnya dari hasil uji statistik non parametric runs test Wilcoxon $Z = -0,791$ dan probabilitas 0,429, berarti usia responden tidak berpengaruh pada perubahan sikap anxiety death lansia yang diberi komunikasi terapeutik. Hal ini dikarenakan kondisi lansia dalam Ruang geriatric diperlakukan sama antara lansia dini , lansia, dengan lansia dengan resiko tinggi baik dalam perawatan maupun pola tidur dan makan

Hal lain yang juga tidak kalah pentingnya yaitu Jenis kelamin Responden, 60 % dari kelompok perlakuan jenis kelamin perempuan, dari hasil uji statistik didapatkan $Z -2,318$, dan $P= 0,020$ berarti ada signifikansi antara penurunan tingkat anxiety death dengan jenis kelamin responden hal ini dikarenakan responden yang berjenis kelamin perempuan biasanya perhatian terhadap sesuatu yang baru lebih tinggi daripada pria sehingga perempuan lebih biasa mengikuti dan menerima komunikasi terapeutik yang diberikan oleh Care Giver.

Lama Perawatan juga memegang Peranan penting , dari 70 % responden kelompok perlakuan tinggal di RS J selama lebih dari 1 tahun bahkan ada juga yang menjadi pasien Inventaris di Ruang Geriatri RSJ Lawang dari hasil uji Statistics Non Parametric Test dengan Runs Test didapatkan $Z = -0,573$ dan $P = 0,567$ dengan demikian berarti tidak terjadi signifikansi antara penurunan anxiety death dengan lama masa perawatan di ruang Geriatri RSJ Lawang. Hal ini dikarenakan pasien yang sudah lama di RSJ Lawang dan sudah sangat hafal dan terbiasa dengan kejadian dan kebiasaan yang ada di Ruang Geriatri RSJ Lawang sehingga kurang ada respon terhadap hal baru yang dibawa oleh petugas baru bahkan adakalanya petugas baru disana dijadikan obyek oleh pasien .

5.2.6. Keterbatasan Penelitian

Sekalipun penelitian ini secara empirik dapat menjawab pertanyaan penelitian dan hasilnya sesuai dengan hipotesisnya, tentunya penelitian ini masih terdapat beberapa keterbatasan , dan yang perlu mendapat perhatian diantaranya sebagai berikut :

1. Instrumen pengukuran

Untuk instrumen selanjutnya menggunakan alat ukur dari berbagai instrumen dan sudut pandang, dan sebelumnya perlu diadakan uji reliabilitas, namun karena kuesioner sudah dalam bentuk terpakai dan sudah pernah diujicobakan maka peneliti tidak melakukan uji coba lagi

2. Perubahan yang terjadi.

Dalam penelitian ini pengukuran perubahan yang terjadi masih sebatas perubahan sikap Lansia dalam bentuk afeksi dan kognisi, sedangkan sejauh mana dampak perubahan *behavior* setelah pulang atau kembali dari RSJ Lawang perlu penelitian lebih lanjut.

3. Integritas dengan intervensi lain.

Komunikasi terapeutik secara individual terbukti dapat menurunkan gangguan sikap anxiety death responden, namun bukan berarti komunikasi terapeutik merupakan satu – satunya bentuk perlakuan yang paling tepat sehingga bisa mengganti intervensi yang ada tetapi komunikasi yang diberikan merupakan pelengkap system pembinaan yang lain yang sudah ada Di RSJ Lawang. Dan pelaksanaannya perlu diintegrasikan dengan pola pembinaan yang lain yang ada di Ruang Geriatri Lawang.

4. Tehnik Komunikasi

Komunikasi dengan Lansia memerlukan kesabaran dan ketlatenan dengan mengulang pernyataan, memperkeras dan memperjelas suara maupun dengan bantuan gerakan yang kadang kadang penulis kurang sabar.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil uji statistik dan pembahasan maka penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Lansia yang dirawat di Ruang Geriatri Rumah Sakit Jiwa Lawang sebagian besar mengalami gangguan “Anxiety death.”
2. Tingkat “Anxiety Death” lansia yang dirawat di Ruang Geriatri RS Jiwa Lawang sebelum diberi perlakuan pada umumnya pada kategori berat.
3. Perubahan Tingkat “Anxiety death” lansia setelah diberi perlakuan komunikasi terapeutik sangat signifikan.
4. Terbukti adanya perbedaan Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Sikap “Anxiety Death” lansia antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

6.2 Saran

Berdasarkan temuan temuan dalam penelitian ini , maka saran saran yang diajukan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Karena komunikasi terapeutik ternyata dapat menurunkan gangguan Anxiety death , sebaiknya komunikasi terapeutik dapat diberikan kepada semua lansia yang dirawat di Ruang Geriatri maupun ruang lain yang mengalami anxiety death, dan di Integrasikan dengan system pembinaan yang telah ada.

2. Perlu tenaga yang Profesional yang bisa menangani kasus komunikasi terapeutik baik dari tenaga Keperawatan maupun kedokteran psikologi, maupun psikiater.
3. Bagi tenaga Perawatan yang belum menguasai Komunikasi terapeutik, seyogyanya diberikan tambahan pengetahuan dan pemahaman melalui penataran atau seminar yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik .
4. Komunikasi terapeutik yang diberikan perlu mempertimbangkan tingkat pendidikan , usia klien , durasi dan frekuensi pertemuan serta latar belakang masalah yang dirasakan anak sehingga efektifitas dari komunikasi terapeutik yang diberikan bisa optimal.
5. Perlu adanya penciptaan situasi yang kondusif dan situasi kekeluargaan sehingga anak merasa lebih bebas dalam menyampaikan suara hatinya kepada Care Giver.
6. Bagi peneliti lain dan untuk pengembangan Ilmu pengetahuan perlu adanya penelitian lanjutan yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik terhadap perubahan perubahan perilaku lansia atau remaja dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Suyanto Dkk., 1997, *Psikologi Kepribadian*, Jakarta, Bumi Aksara.
- Bagong Suyanto Dkk., 1995, *Metode Penelitian Sosial*, Surabaya, Airlangga University Press.
- Black, SK. 1983, *Short-Term Counseling : A Humanistic Approach for The Helping Professions*. Menlo Park : Addison –Wesley Pub. Co.
- Bart Smet, 1994, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta, Grasindo.
- Benyamin Spock, 1991, *Orang tua permasalahan dan upaya mengatasinya*, Semarang, Dahara Publizing.
- Back, SK, 1983, *Short Term conseling a Humanistic Aproach for the halping prefersition*, Menli ParkAddisin Wesley, Pub co.
- Cecilia C Doak Dkk., 1985, *Teaching patients with low literacy skills*, Philadelphia, Lippincott company.
- Coray Gerald, 1995, *Theory and Practiec of Group Conseling*, Edition Pacific Grove, California : Brooks / Cole Publishing company.
- Daldiri Mangundiwirjo, 1993, *Gangguan jiwa yang terjadi pada usia lanjut*, Seminar Lansia, Surabaya, lab. Ilmu Kes. Jiwa FK UNAIR
- Darmojo dan Martono, 1999, *Geriatry*, Percetakan Yudistira , Jakarta
- Dep Kes RI, 1994, *Pedoman pembinaan Kesehatan Usia Lanjut* , Pusdiknakes Jakarta.
- Dep Kes RI, 1992, *Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Kebidanan*, Jakarta, Psdiknakes Dep Kes RI.
- Dep Kes RI, 1993, *Perawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Eriyanto, 1999, *Metodologi Polling memberdayakan suara rakyat*, Bandung, Remaja Osdakarya Offset Bandung.
- FJ Monks dkk., 1999, *Psikologi perkembangan Pengantar dalam berbagai bagiannya*, Yogyakarta, Gajah Mada University Press.

- Frank M. Andrews, Dkk., 1981, *A Guide for Selecting Statistical Techniques for Analyzing Social Science Data*, Michigan, The University of Michigan.
Free Press A Division of Macmillan.
- Gerald Corey, 1999, *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*, Bandung, Refika Aditama
- Gail Wiscarz Stuart Sandra J. Sundeen, 1995, *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*, 3/e Third Edition, by Mosby Year Book Inc.
- Higgin, J.E., dan Kleinbaun, A.P. 1985 *Introduction Randomized Clinical Trial*, with an emphasis on Contraceptic Research. North Coralina : Family Health International.
- Indirawaty, 2001, *Hubungan antara Pelatihan Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Keperawatan dengan Kepuasan pasien*, Bina Diknakes Edisi 38 bulan Januari : 21-22.
- James Cholhum, 1989, *Psikologi tentang penyesuaian*, Semarang, Semarang Press.
- James F Calhoun & Joa Ross Acocella, alih bahasa Satmoko, 1990, *Psikologi tentang 14. Penyesuaian dan Hubungan Kemanusiaan*, Semarang, IKIP Semarang Press.
- Kartini kartono, 1992, *Patologi Sosial*, Jakarta, Rajawali Press.
- Kevin Corcoran Joel Fisher, 1987, *Measures For Clinical Practice A Suercebook*, New York, The Free Press A Division of Macmilan Inc.
- Kusdwiratri Setiyono Dkk., 1998, *Manusia Kesehatan dan Lingkungan*, Bandung, Alumni.
- Lexy J Moleong, 2000, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung, Remaja Rosdakarya.
- Mark B Dignan Dkk., 1992, *Program Planing for Health Education and Promotion*, Carolina, United States of Amerika.
- Martha Davis Dkk. Alih bahasa Achiryani dkk., 1995 *Panduan Relaksasi dan Reduksi Stres*, jakarta, buku kedokteran EGC.
- MAW Brower dkk., 1984, *Kepribadian dan Perubahannya*, Jakarta, Gramedia,
- Moh Nasir, 1999, *Metode Penelitian*, Jakarta, Ghalia Indonesia.
- Monks –AMP. Knors, 1999, *Psikologi perkembangan*, Yogyakarta, Gajahmada.

Nasir Muhammad, 1999 : *Metode Penelitian Sosial*, Cetakan keempat, Jakarta, Ghalia Indonesia.

Nursalam dan Siti Pariani, 2001, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Sagung Seto , Jakarta.

Nurghiwiati, 1994, *Perubahan perubahan psikososial pada usia lanjut*, Akper DR. Oten Bandung.

Nugroho W, 2000, *Keperawatan Gerontik*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Rusdi Maslim, 1998, *Diagnose gangguan Jiwa*, Jakarta, PPDGJ.

Saifudi Azwar, 2000, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar Offset.

Singih D Gunarso, 1985, *Psikologi untuk membimbing*, Jakarta, BPK Gunung Mulia.

Suharsimi Arikunto, 1998, *Prosedur Penelitian*, Jakarta, Rineka Cipta.

Sutarlinah Sukarji, 1983, *Modifikasi perilaku Penerapan sehari hari dan penerapan profesional*, Yogyakarta, Liberty.

Sukidjo Notoatmodjo, 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Cetakan ke 1, Yogyakarta: Andi Offset.

Wijaya Kusuma, 1997, *Kedaruratan Psikiatrik dalam Praktek*, Jakarta, Profesional Books.

WS Winkel, 1991, *Bimbingan dan Konseling di Institusi Pendidikan*, Jakarta, Gramedia Wiasarana Indonesia.

L A M P I R A N



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Tilp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 29 Oktober 2002

Nomor : 011 /JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa DIV Perawat Pendidik - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Direktur RSJ Dr. Rajiman Widyodiningrat Lawang

Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Imam Sunarno
NIM : 010110334 R
Judul Penelitian : Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap
Perubahan Sikap Lansia "Anxiety Death"
Tempat : Ruang Geriatri RSJ Dr. Rajiman Widyodiningrat

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :
Ketua Bidang Keperawatan
Ketua Bidang Litbang
Kepala Ruang Geriatri Pria/Wanita

Imam Sunarno

DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
Jl. A.Yani (0341) 429067 Fax 0341 - 425636 Lawang

Nomor : DL.02.02.8.11. 255f.
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data
Mhs. D IV PP – FK. Univ. Airlangga Surabaya

Lawang, 18 Nopember 2002

Kepada Yth.

Ketua Prodi.D.IV PP -FK. Universitas Airlangga
Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya.
Telp.(031)5012496-5020251-5030252-5030253-Fax. 5022472.
SURABAYA. 60131

Sehubungan surat Saudara tanggal 29 Oktober 2002, nomor : 011/J03.1.17/D.IV&PSIK/2002. tentang sebagaimana dimaksud pada pokok surat, dengan ini disampaikan bahwa kami dapat menerima Mahasiswa Saudara a.n. :

Nama : IMAM SUNARNO
NIM : 010110 334 R

Untuk mengadakan kegiatan Penelitian dalam rangka menyusun Karya Tulis Ilmiah di RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan Judul : " Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Perubahan Sikap Lansia " **Anxiety Death** "

Tempat : Ruang Geriatri RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang .

Persyaratan yang harus dipenuhi adalah sbb.,

1. Melampirkan materi kuesioner wawancara
2. Mengirimkan 1 (satu) Exp.hasil penelitian ke RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang
3. Memenuhi persyaratan Administrasi

Adapun tehnik pelaksanaan dan administrasi Saudara dapat berhubungan dengan Sekretaris Diklat (Drs.H. Machfud)

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n Direktur
Wadir. Pelayanan Medik

Dr. F. Kintono, Sp.KJ
NIP. 140 119 270

Tembusan : dikirimkan kepada Yth.

1. Direktur (sebagai laporan)
2. Wadir Yan Med.
3. Ka. Tim Diklat
4. Ka.UPF.DUL, dokter ruangan / ka.ruang.
5. Sdr.Imam Sunarno
6. Pertanggung

SKRIPSI

Lampiran 3

PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Lawang, Nopember 2002

Kepada :

Yth. : Sdr. _____

Penghuni Ruang Geriatri

RSJ Lawang

Di

Lawang.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan rencana Penelitian kami yang berjudul Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap perubahan sikap Anxiety death di Ruang Geriatri RSJ Dr. Radjiman Widiadinigrat Lawang, guna memenuhi salah satu sarat Ujian Sidang Program DIV Perawat Pendidik Universitas Airlangga Surabaya, Program Study Kerawatan Jiwa Fakultas Kedokteran Unair tahun Akademik 2002/2003 , sesuai dengan surat Ketua Pengelola Program DIV Perawatan nomor ; 011/j03.1.17/DIV&PSIK/2002, tanggal 29 Oktober 2002.

Manfaat penelitian ini ialah dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pada kematian khususnya pada pasien geriatri di RSJ Lawang .

Untuk kepentingan tersebut saya mohon kesediaan saudara untuk mengisi koesioner yang telah saya siapkan , dan jawaban saudara akan saya rahasiakan.

Demikian atas perhatian kesediaan dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan banyak terimakasih.

Hormat saya pemohon

Imam Sunarno

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI BIMBINGAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK**

Setelah saya membaca dan memahami permohonan Sdr. Imam Sunarno Nim. 010110334, sebagai peneliti dari Mahasiswa UNAIR , Program Study DIV Keperawatan Fakultas Kedokteran yang berjudul Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Perubahan Sikap Anxiety Death di RSJ Lawang, maka saya bersedia untuk mengikuti bimbingan Komunikasi Terapeutik tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun dan saya bersedia berperan serta dalam kegiatan ini.

Lawang, Nopember 2002

Peneliti,

Peserta Bimbingan,

IMAM SUNARNO

Lampiran 5

ANGKET IDENTITAS
BINAAN RUANG GERIATRI RSJ DR RADJIMAN WIDIODININGRAT
LAWANG

- 1. Nama :.....
- 2. Tempat tanggal lahir :.....
- 3. Pendidikan :.....
- 4. Jenis Kelamin :.....
- 5. Agama :.....
- 6. Alamat Keluarga :
-
-
- 7. Rata rata keluarga menjenguk/ bulan :.....kali
- 8. Yang paling sering menjenguk di RS :.....

Lawang,.....2002

Lampiran 6

KUESIONER PENELITIAN

Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Perubahan Sikap Anxiety Death lansia di ruang Geriatri RSJ Dr Radjiman Widiodyaningrat Lawang

1. Nama :
2. Tempat /Tgl lahir :
3. Pendidikan :
4. Jenis Kelamin :
5. Agama :

Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan sejujur-jujurnya dengan memberi tanda silang (X) pada huruf B jika pernyataan benar atau kebanyakan benar, dan pada huruf S jika pernyataan salah atau kebanyakan salah menurut anda.

1. B S Saya sangat takut mati
2. B S Pikiran tentang mati jarang masuk ke benak saya
3. B S Tidak membuat saya takut ketika orang-orang berbicara tentang kematian
4. B S Saya takut memikirkan tentang andaikata saya harus operasi
5. B S Saya tidak takut sama sekali mati
6. B S Saya benar-benar tidak takut terserang kanker
7. B S Pikiran tentang mati tidak pernah mengganggu dan merisaukan saya
8. B S Saya sering sedih mengetahui bagaimana waktu berlalu sangat cepat Ayah mengganggu perasaan saya.
9. B S Saya ketakutan sekerat dengan kondisi yang menyakitkan
10. B S Hal-hal tentang kehidupan setelah mati sangat mengganggu saya
11. B S Saya benar-benar takut terkena serangan jantung
12. B S Saya sering berfikir tentang alangkah pendeknya hidup ini
13. B S Saya merasa ngeri ketika saya mendengar orang berbicara tentang kerusuhan dan perang saudara.
14. B S Bayangan orang mati sangat membuat saya takut.
15. B S Saya merasa bahwa masa depan tidak perlu ditakutkan.

datlah

	anxitpre	anxitpos	kontpre	kontpos	usia	kelamin	lamapwt
1	12,00	9,00	12,00	12,00	1,00	2,00	1,00
2	10,00	7,00	9,00	9,00	3,00	2,00	1,00
3	12,00	8,00	13,00	13,00	3,00	2,00	2,00
4	9,00	5,00	10,00	10,00	2,00	2,00	2,00
5	14,00	9,00	8,00	9,00	2,00	2,00	2,00
6	13,00	8,00	12,00	11,00	2,00	2,00	2,00
7	13,00	8,00	13,00	13,00	2,00	1,00	2,00
8	10,00	7,00	9,00	9,00	3,00	1,00	2,00
9	12,00	7,00	14,00	12,00	2,00	1,00	1,00
10	12,00	9,00	13,00	13,00	1,00	1,00	2,00

Runs Test 3

	USIA	KELAMIN	LAMAPWT
Test Value ^a	2,00	2,00	2,00
Cases < Test Value	2	4	3
Cases >= Test Value	8	6	7
Total Cases	10	10	10
Number of Runs	3	2	4
Z	-,791	-2,318	-,573
Asymp. Sig. (2-tailed)	,429	,020	,567

a. Mode

b. There are multiple modes. The mode with the largest data value is used.

NPar Tests

Warnings

The McNemar Test for KONTPRE & KONTPOS is not performed because both variables are not dichotomous with the same values.
 The McNemar Test for ANXITPRE & ANXITPOS is not performed because both variables are not dichotomous with the same values.
 The McNemar Test for ANXITPOS & USIA is not performed because both variables are not dichotomous with the same values.
 The McNemar Test for ANXITPOS & KELAMIN is not performed because both variables are not dichotomous with the same values.
 The McNemar Test for ANXITPOS & LAMAPWT is not performed because both variables are not dichotomous with the same values.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	KONTPOS - KONTPRE	ANXITPOS - ANXITPRE	USIA - ANXITPOS
Z	-,816 ^a	-2,842 ^a	-2,810 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,414	,004	,005

PEDOMAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK KELOMPOK TERHADAP
LANSIA YANG MENGALAMI “ANXIETY DEATH”
DI RUANG GERIATRI RUMAH SAKIT JiWA
LAWANG

OLEH
IMAM SUNARNO
NIM 010110334 R

**PEDOMAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK KELOMPOK TERHADAP
LANSIA YANG MENGALAMI "ANXIETY DEATH"
DI RUANG GERIATRI RSJ
LAWANG**

PERTEMUAN KE 1

1. INDIKASI :

Diberikan kepada klien yang baru pertama kali bertemu dengan petugas (CARE GIVER). di lapangan.

2. TUJUAN ;

Untuk menciptakan hubungan interpersonal yang kondusif meliputi :

- 2.1 Terciptanya hubungan yang terapeutik
- 2.2 Terciptanya hubungan kelompok yang kondusif
- 2.3 Mampu menyebutkan jati diri, nama lengkap, nama panggilan, asal, umur, agama
- 2.4 Mengenal identitas kelompok

3. METODE :

- 3.1 Setting : posisi duduk anggota kelompok dan care giver (duduk bersama dalam lingkaran senyaman mungkin.
- 3.2 Dinamika kelompok dan curah pendapat
- 3.3 Diskusi dan Tanya jawab.

4. ALAT/ MEDIA :

- 4.1 Buku catatan/ bulpoin
- 4.2 Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
- 4.3 Gambar pemicu
- 4.4 Nama dada.

5. PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

- 1 Persiapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
- 2 Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 1.

5.2 Fase Orientasi meliputi :

- 1 Salam terapeutik dari Care Giver
- 2 Sarankan menggunakan nama dada
- 3 Doa bersama
- 4 Kontrak meliputi :
 - a. Menjelaskan tujuan kegiatan
 - b. Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - i. Waktu kegiatan selama 45 menit
 - ii. Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - iii. Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - iv. Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

- 1 Mulai perkenalan dengan :
- 2 Mengucap salam, menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal, umur , agama, salam penutup.
- 3 Dimulai dari Care Giver (sekaligus sebagai contoh)
- 4 Bergiliran sampai semua kelompok mendapat giliran
- 5 Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

- 1 **Evaluasi :**
 1. **Menanyakan** perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
 2. **Memberi pujian atas keberhasilan kelompok**
 3. Rencana tindak lanjut :
 4. Mengingat identitas anggota kelompok
 5. Melatih klien untuk berkenalan dengan orang lain
- 2 Kontrak pertemuan yang akan datang
 1. Menyepakati hari tanggal tempat dan waktu pertemuan

PERTEMUAN KE 2

1 INDIKASI :

1. **Diberikan** kepada klien yang sudah pernah ketemu dengan petugas (CARE GIVER). di lapangan.

2. Klien yang mengalami Anxiety Death yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan hidup.

2 TUJUAN ;

Untuk menurunkan tingkat Anxiety Death pengaruh dari faktor lingkungan hidup klien

Tujuan Khusus meliputi :

1. Menurunkan kecemasan melihat kondisi zaman yang banyak Demo, terror, kerusuhan, konflik berkepanjangan.
2. Menurunkan kecemasan akibat waktu yang berlalu begitu cepat.
3. menurunkan kecemasan jika melihat orang yang meninggal/ mati.

3 METODE :

1. Setting : posisi duduk anggota kelompok dan care giver (duduk bersama dalam lingkaran senyaman mungkin.
2. Dinamika kelompok dan curah pendapat
3. Diskusi dan Tanya jawab.

4 ALAT/ MEDIA :

1. Buku catatan/ bulpoin
2. Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
3. Gambar pemicu
4. Nama dada.

5 PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

1. Persiapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
2. Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 2.

5.2 Fase Orientasi meliputi :

- 1 Salam terapeutik dari Care Giver
- 2 Sarankan menggunakan nama dada
- 3 Doa bersama
- 4 Kontrak meliputi :

- a. Menjelaskan tujuan kegiatan
- b. Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - i. Waktu kegiatan selama 45 menit
 - ii. Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - iii. Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - iv. Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

1. Mulai perkenalan dengan :
2. mengucapkan salam, , nama panggilan,
3. Apakah pernah melihat demo, kerusakan
4. Tanyakan perasaan klien waktu melihat kerusakan
5. Bagaimana cara menurunkan kecemasan berdasarkan pengalaman klien
6. Apakah pernah melihat orang sekitarnya meninggal.
7. Bagaimana perasaan klien waktu melihat orang disekitarnya ada yang meninggal ?
8. Bagaimana cara menurunkan kecemasan akibat orang meninggal tersebut berdasarkan pengalaman klien ?
9. Dimulai dari Care Giver (sekaligus sebagai contoh)
10. Bergiliran sampai semua kelompok mendapat giliran
11. Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok 5. dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

1 Evaluasi :

- 1 Simpulkan cara menurunkan kecemasan dalam melihat kerusakan dan kematian dilingkungan kita
- 2 **Menanyakan** perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
- 3 **Memberi pujian atas keberhasilan kelompok**

2. Rencana tindak lanjut :

- 1 Memikirkan proses kehidupan manusia
- 2 Berfikir wajar bahwa kematian merupakan dinamika kehidupan yang sudah diatur oleh sang Pencipta.
- 3 Melatih klien untuk bercerita dengan orang lain mengenai kerusakan dan kematian

3. Kontrak pertemuan yang akan datang

Menyepakati hari tanggal tempat dan waktu pertemuan

4. Penutup

Doa bersama.

PERTEMUAN KE 3

1. INDIKASI :

- 1 Diberikan kepada klien yang sudah pernah ketemu dengan petugas (CARE GIVER). di lapangan.
- 2 Klien yang mengalami Anxiety Death yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan hidup.

2. TUJUAN :

Untuk menurunkan tingkat Anxiety Death pengaruh dari faktor kesehatan fisik dan mental klien

Tujuan Khusus meliputi :

1. Menurunkan kecemasan akibat penyakit terminal seperti
 - serangan jantung
 - kanker
 - strok
2. Menurunkan tingkat kecemasan akibat tindakan pembedahan (operasi)
3. menurunkan kecemasan menghadapi sakaratul maut

3. METODEDE :

- 1 Setting : posisi duduk anggota kelompok dan care giver (duduk bersama dalam lingkaran senyaman mungkin.
- 2 Dinamika kelompok dan curah pendapat
- 3 Diskusi dan Tanya jawab.

4. ALAT/ MEDIA :

- 1 Buku catatan/ bulpoin
- 2 Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
- 3 Gambar pemicu
- 4 Nama dada.

5. PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

1. Persiapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
2. Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 3

5.2 Fase Orientasi meliputi :

- 1 Salam terapeutik dari Care Giver
- 2 Sarankan menggunakan nama dada
- 3 Doa bersama
- 4 Kontrak meliputi :
 - Menjelaskan tujuan kegiatan
 - Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - Waktu kegiatan selama 45 menit
 - Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

- 1 Mulai perkenalan dengan : .mengucap salam, , nama panggilan,
- 2 menjelaskan pengalaman hidup :
 - a. melihat orang yang sakit keras
 - b. melihat orang yang harus operasi
 - c. melihat orang yang menghadapi sakaratul maut
- 3 Bagaimana cara menurunkan kecemasan berdasarkan pengalaman klien
Dimulai dari Care Giver (sekaligus sebagai contoh)
- 4 Bergiliran sampai semua kelompok mendapat giliran
- 5 Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok 5. dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

1.Evaluasi :

- 1 Simpulkan cara menurunkan kecemasan akibat dari penurunan fisik dan mental klien
- 2 Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
- 3 Memberi pujian atas keberhasilan kelompok

2. Rencana tindak lanjut :

1. Memikirkan proses kehidupan manusia
2. Berfikir wajar bahwa kemunduran fisik dan kesehatan merupakan proses alamiah setiap manusia
3. Manusia harus berusaha namun Tuhan yang menentukan
4. Melatih klien untuk bercerita dengan orang lain mengenai oaring sakit keras dan yang sedang menjalani sakaratul maut

3. Kontrak pertemuan yang akan datang

Menyepakati hari tanggal tempat dan waktu pertemuan

5. Penutup

Doa bersama.

PERTEMUAN KE 4

1. INDIKASI :

1. Diberikan kepada klien yang sudah pernah ketemu dengan petugas (CARE GIVER). di lapangan.
2. Klien yang mengalami Anxiety Death yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan hidup.

2. TUJUAN ;

Untuk menurunkan tingkat Anxiety Death pengaruh dari faktor pengharapan hidup klien

Tujuan Khusus meliputi :

- 1 Menurunkan kecemasan jika melihat sisa usia dalam kehidupan
- 2 Menurunkan tingkat kecemasan jika suatu saat menghadapi kematian

3. METODEDE :

1. Setting : posisi duduk anggota kelompok dan care giver (duduk bersama dalam lingkaran senyaman mungkin.
2. Dinamika kelompok dan curah pendapat
3. Diskusi dan Tanya jawab.

4 ALAT/ MEDIA :

- 1 Buku catatan/ bulpoin
2. Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
3. Gambar pemicu
4. Nama dada.

5. PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

1. Persiapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
2. Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 4

5.2 Fase Orientasi meliputi :

1. Salam terapeutik dari Care Giver
2. Sarankan menggunakan nama dada yang sudah disediakan.
3. Kontrak meliputi :
 - o Menjelaskan tujuan kegiatan
 - o Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - Waktu kegiatan selama 45 menit
 - Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

- 1 Mulai perkenalan dengan dengan menyebut nama panggilan
- 2 pendapatnya apa untuk mengisi sisa kehidupan
- 3 Pendapatnya bagaimana jika suatu saat Tuhan menghendaki memanggilnya
- 4 Ceriterakan caranya untuk menurunkan kecemasannya
- 5 Dimulai dari Care Giver (sekaligus sebagai contoh)selanjutnya bergiliran s/d semua anggota kelompok mendapat giliran
- 6 Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok 5. dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

1. Evaluasi :

- 1 Simpulkan cara menurunkan kecemasan akibat dari pengharapan hidup klien
- 2 Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
3. Memberi pujian atas keberhasilan kelompok

2. Rencana tindak lanjut :

1. Memikirkan proses kehidupan manusia
2. Berfikir wajar bahwa semua makhluk akhirnya pasti akan kembali kepadanya dan hal ini merupakan proses alamiah setiap manusia
3. Manusia harus berusaha namun Tuhan yang menentukan
4. Melatih klien untuk bercerita dengan orang lain tentang surga dan neraka

3 Kontrak pertemuan yang akan datang

Menyepakati hari tanggal tempat dan waktu pertemuan

4 Penutup

Doa bersama.

PERTEMUAN KE 5

1. INDIKASI :

1. Diberikan kepada klien yang sudah pernah ketemu dengan petugas (CARE GIVER). di lapangan.
2. Klien yang mengalami Anxiety Death yang dipengaruhi oleh faktor Sikap dan perilaku.

2. TUJUAN ;

Untuk menurunkan tingkat Anxiety Death pengaruh dari faktor sikap dan perilaku dalam kehidupan manusia

Tujuan Khusus meliputi :

1. Menurunkan kecemasan akibat hal hal kehidupan setelah mati
2. Menurunkan kecemasan akibat bayangan proses kematian

3. METODEDE :

1. .Setting : posisi duduk anggota kelompok dan care giver (duduk bersama dalam lingkaran nyaman mungkin.
2. Dinamika kelompok dan curah pendapat
3. Diskusi dan Tanya jawab.

4. ALAT/ MEDIA :

1. .Buku catatan/ bulpoin
2. Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
3. Gambar pemicu
4. Nama dada.

5. PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

1. Siapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
2. Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 5

5.2 Fase Orientasi meliputi :

1. Salam terapeutik dari Care Giver
2. Sarankan menggunakan nama dada
3. Kontrak meliputi :
 - o Menjelaskan tujuan kegiatan
 - o Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - Waktu kegiatan selama 45 menit
 - Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

1. Mulai perkenalan dengan :
mengucapkan salam, , nama panggilan, menjelaskan pengalaman hidup :
2. **Pandangannya tentang proses kematian**
3. **Pandangannya tentang kehidupan setelah kematian**
4. Dimulai dari Care Giver (sekaligus sebagai contoh)
5. Bergiliran sampai semua kelompok mendapat giliran
5 Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok 5. dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

1. Evaluasi :

1. Simpulkan cara menurunkan kecemasan akibat dari penurunan fisik dan mental klien
2. Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
3. Memberi pujian atas keberhasilan kelompok

2. Rencana tindak lanjut :

1. Memikirkan proses kehidupan manusia

2. Berfikir wajar bahwa kematian maupun kehidupan setelah mati sepenuhnya hak mutlak Tuhan YME dan manusia hanya bisa memohon dan berdoa
3. Manusia harus berusaha namun Tuhan yang menentukan
4. Melatih klien untuk bercerita dengan orang lain mengenai proses kematian dan kehidupann keindahan setelah kematian

3. Kontrak pertemuan yang akan datang

Menyepakati hari tanggal tempat dan waktu pertemuan

5. Penutup

Doa bersama.

PERTEMUAN KE 6

2. INDIKASI :

1. Diberikan kepada klien yang akan mengakhiri pertemuan dengan Care Giver.

2. TUJUAN ;

Untuk meyakinkan bahwa hasil pertemuan yang lalu sudah dipahami bersama

Tujuan Kusus meliputi :

1. Review apa yang sudah pernah di diskusikan bersama dan dibahas bersama
- 2 Menyimpulkan inti diskusi dari beberapakali pertemuan
3. Perpisahan

3. METODEDE :

- 1 Setting : posisi duduk abggota kelompok dan care giver (duduk) bersama dalam lingkaran senyaman mungkin.
- 2 Dinamika kelompok dan curah pendapat
- 3 Diskusi dan Tanya jawab.

4. ALAT/ MEDIA :

1. Buku catatan/ bulpoin
2. Meja dan kursi sesuai dengan besar kelompok
3. Nama dada. Pelepasan secara bersama.

5. PROSES KEGIATAN :

5.1 Fase Pra Interaksi meliputi :

1. Persiapkan alat, tempat dan waktu pertemuan.
2. Lakukan kontrak pertemuan dengan anggota kelompok pada sesi 6

5.2 Fase Orientasi meliputi :

1. Salam terapeutik dari Care Giver
2. Sarankan menggunakan nama dada
3. Kontrak meliputi :
 - Menjelaskan tujuan kegiatan
 - Menjelaskan aturan main kegiatan kelompok yaitu :
 - Waktu kegiatan selama 45 menit
 - Jika meninggalkan kelompok harus ijin
 - Kegiatan perkenalan dengan anggota kelompok
 - Setiap anggota kelompok harus mengikuti kegiatan mulai awal s/d akhir.

5.3 Fase kerja meliputi :

1. Mengucapkan salam, , nama panggilan,
2. mendiskusikan hal hal yang belum dipahami bersama.
3. Mengungkapkan cara menurunkan kecemasan berdasarkan pengalaman klien
4. Lepaskan/ tanggalkan Nama Dada secara bersama-sama
5. Care-Giver mengucapkan salam perpisahan
6. Kelompok mengucapkan salam perpisahan
7. Beri pujian tiap keberhasilan anggota kelompok dengan memberi tepuk tangan.

5.4 Fase Terminasi meliputi :

1. Evaluasi :

1. Simpulkan cara menurunkan kecemasan akibat dari penurunan fisik dan mental klien
2. Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan
3. Memberi pujian atas keberhasilan kelompok

2. Rencana tindak lanjut :

Memikirkan proses kehidupan manusia tidak perlu dicemaskan tetapi perlu persiapan fisik dan mental.

5 Penutup

Doa bersama.