

**PENGARUH KONSELING SPIRITUAL PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT
DI RUANG ICU RSUD SLEMAN
YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun Oleh :
BAMBANG SUGIYANTO
201210201156**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIAH
YOGYAKARTA
2014**

**PENGARUH KONSELING SPIRITUAL PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT
DI RUANG ICU RSUD SLEMAN
YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
Yogyakarta



**Disusun Oleh :
BAMBANG SUGIYANTO
201210201156**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2014**

HALAMAN PENGESAHAN

**PENGARUH KONSELING SPIRITUAL PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT
DI RUANG ICU RSUD SLEMAN
YOGYAKARTA**



**Disusun Oleh :
BAMBANG SUGIYANTO
201210201156**

Telah Disetujui Oleh Pembimbing
Pada Tanggal : 03 Maret 2014

Pembimbing :

Warsiti, S.Kp., M. Keper., Sp.Mat.

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2014**

PENGARUH KONSELING SPIRITUAL PERAWAT TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT DI RUANG ICU RSUD SLEMAN YOGYAKARTA¹

Bambang Sugiyanto², Warsiti³
Email : sibhest07@yahoo.com

INTISARI

Latar Belakang : *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan tempat perawatan klien kritis/gawat yang mengancam jiwa, sehingga sering menimbulkan kecemasan bagi keluarga. Kecemasan pada keluarga akan dapat mempengaruhi proses penyembuhan pasien. Konseling spriritual adalah salah satu upaya menurunkan kecemasan pada keluarga.

Tujuan : Diketuainya pengaruh konseling spiritual terhadap tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman.

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode eksperimen semu (*quasi ekperimen*) dengan pendekatan *one grup pre and post test design*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman dengan jumlah sampel 20 responden. Teknik pengumpulan data tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HRS-A (*Hamilon Rating Scale for Anxiety*). Analisis data dengan uji *Wilcoxon* dan *Mann-Whitney Test*.

Hasil : Tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU sebagian besar tingkat panik (70%) pada kelompok eksperimen dan 80% kelompok kontrol. Setelah tindakan konseling spiritual tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU (100%) kecemasan sedang dan pada kelompok kontrol 70 % kecemasan berat. Diperoleh nilai signifikansi 0,005 ($p < 0,05$), maka H_a diterima, berarti ada konseling spiritual perawat terhadap tingkat kecemasan pada keluarga yang dirawat diruang ICU RSUD Sleman.

Simpulan : Ada pengaruh konseling spiritual perawat terhadap tingkat kecemasan pada keluarga yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman.

Saran : Terkait hal tersebut konseling spiritual oleh perawat juga diberikan kepada keluarga pasien.

Kata kunci : Tingkat Kecemasan, Konseling Spiritual, Keluarga Pasien ICU
Kepustakaan : 30 buku (1997-2012), 3 skripsi, 6 website
Halaman : xiii, 73 halaman, 10 tabel, 3 gambar, 9 lampiran

¹Judul Skripsi

²Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

³Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

THE EFFECT OF NURSES' SPIRITUAL COUNSELING ON ANXIETY LEVEL OF FAMILY OF HOSPITALIZED PATIENTS IN ICU ROOM SLEMAN DISTRICT HOSPITAL OF YOGYAKARTA¹

Bambang Sugiyanto², Warsiti³

Abstract

Background: Intensive Care Unit (ICU) is a room to treat patients who are in critical condition. Having a family member treated in ICU rooms causes anxiety which eventually affects the healing process of the patients. Spiritual counseling is an effort to reduce the anxiety undergone by the patients' family.

Objective: To find out the effect of nurses' spiritual counseling on anxiety level of family of hospitalized patients in ICU room Sleman District Hospital of Yogyakarta.

Research Methodology: This research is a quasi-experimental research with one-group pre and posttest design. Population in this research is the family of hospitalized patients in ICU room Sleman District Hospital of Yogyakarta. The number of the sample is 20 respondents. Data on anxiety level were taken using HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) questionnaire. Data were analyzed using *Wilcoxon* and *Mann-Whitney Test*.

Findings: Seventy percent of the respondents in experimental group and 80% of those in control group were mostly in panic level. After being given spiritual counseling, 100% of the respondents of the experimental group was in fair level of anxiety and 70% of those in the control group was in severe level of anxiety. The p value is 0.005 ($p < 0.05$); therefore, H_a is accepted. It means that there is effect of nurses' spiritual counseling on anxiety level of family of hospitalized patients in ICU room Sleman District Hospital of Yogyakarta.

Conclusion: There is effect of nurses' spiritual counseling on anxiety level of family of hospitalized patients in ICU room Sleman District Hospital of Yogyakarta.

Suggestion: It is suggested that spiritual counseling is also given to patients' family.

Keywords : Anxiety Level, Spiritual Counseling, Family of ICU Patients

References : 30 books (1997-2012), 3 undergraduate theses, 6 websites

Number of Pages : xiii, 73 pages, 10 tables, 3 figures, 9 appendices

#####

¹Title of Thesis

²Student of School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta

³Lecturer of School of Nursing 'Aisyiyah Health Sciences College of Yogyakarta#

#

PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian (Rab,2007). Perawatan intensif yang diberikan kepada setiap pasien kritis tersebut berkaitan erat dengan tindakan-tindakan yang memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring untuk memantau secara cepat perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya.

Keluarga pasien yang anggota keluarganya dalam keadaan kritis, mengalami kecemasan yang tinggi. Jika keluarga cemas maka keluarga sebagai sumber daya untuk perawatan pasien tidak berfungsi dengan baik. Selain itu kecemasan keluarga dapat dikomunikasikan atau ditransfer kepada pasien sehingga berakibat memperparah penyakit dan menghambat proses penyembuhan. Menurut penelitian (Stuart & Sunden,2008), Model perawatan dipusatkan pada keluarga (*family centered model*) adalah konsep yang memperlakukan pasien dan keluarga sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Suatu pendekatan holistik dalam perawatan kritis mensyaratkan agar keluarga dimasukkan dalam rencana keperawatan. Dalam hal ini perawat harus memperhatikan kebutuhan keluarga, yang menurut (Hawari, 2011), terdiri dari jaminan mendapatkan pelayanan yang baik, kedekatan keluarga dengan pasien, memperoleh informasi, kenyamanan saat menunggu, dan dukungan dari lingkungan.

Faktor resiko yang berhubungan dengan kecemasan anggota keluarga diruang perawatan intensif adalah jenis kekerabatan dengan pasien, tingkat pendidikan, tipe perawatan pasien, kondisi medis pasien, pertemuan keluarga dengan perawatan, cara penanggulangan, dan kebutuhan keluarga (Stuart, 2006).

Dalam sebuah unit keluarga, penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi salah satu atau lebih anggota keluarga dan dalam hal tertentu, seringkali akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Bila salah satu individu dalam sebuah keluarga menderita penyakit dan memerlukan tindakan keperawatan, maka hal ini tidak akan menimbulkan cemas pada dirinya sendiri tetapi juga dengan keluarganya (Stuart,2002).

Kecemasan adalah sensasi yang membingungkan dari kejadian yang akan datang yang muncul tanpa alasan. Kecemasan dicetuskan oleh sesuatu yang tidak diketahui dan muncul sebelum ada pengalaman baru, yang mengancam identitas dan harga diri seseorang (Nursalam, 2003). Kecemasan akan muncul pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya sedang sakit dan memerlukan perawatan di rumah sakit. Bila salah satu anggota keluarga keluarga sakit maka hal tersebut akan menyebabkan krisis pada keluarga.

Kecemasan yang terjadi pada keluarga disebabkan pasien berada dalam ancaman sakit pada rentang hidup atau mati akan mengancam dan mengubah homeostasis keluarga untuk beberapa alasan. Kecemasan pada pasien dan keluarga yang menjalani perawatan di unit perawatan kritis terjadi karena adanya ancaman ketidakberdayaan kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, kegagalan membentuk pertahanan, perasaan terisolasi dan takut mati. Kecemasan tersebut berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya(Hudak & Gallo, 1997).

Dengan kondisi ruangan dimana keluarga pasien tidak boleh mendampingi pasien setiap saat dan tidak bias melihat perkembangan pasien secara langsung akan menyebabkan keluarga pasien khawatir dan cemas. Dampak langsung dari kecemasan ini dialami oleh keluarga pasien. Kecemasan pada keluarga pasien di ruang ICU akan menimbulkan masalah baru, keluarga pasien yang cemas akan mengalami berbagai macam gangguan diantaranya adalah gangguan system gastrointestinal : diare, kembung, lambung terasa perih, perasaan sebah, banyak angin di dalam perut (Carpenito, 2000). Gangguan psikologis dari kecemasan yang dialami keluarga dapat menimbulkan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan sehingga dapat menghambat pemberian asuhan keperawatan kepada pasien (Simamora, 2012).

Dukungan spiritual ini dapat mengurangi kecemasan yang dialami keluarga pasien. Keterlibatan spiritual dan keagamaan tersebut berkontribusi dalam hal mengurangi gejala depresi dan kecemasan (Koenig, 2001). Orang yang mendekati diri kepada Tuhan akan memperoleh kenyamanan dan dapat mengatasi stres (Young, 2012). Kedekatan dengan Tuhan akan memberi kekuatan lebih, kepercayaan diri serta kenyamanan. Sehingga memberi manfaat terhadap kesehatan termasuk mengurangi depresi, kesepian, meningkatkan kematangan dalam berhubungan, kompetensi sosial dan penilaian psikososial yang lebih baik dalam menghadapi stres (Hill dan Pargament, 2008).

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien dan keluarga memenuhi kebutuhan dasar yang holistik meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Hal ini berarti dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga, individu dan masyarakat. Perawat tidak hanya mampu berperan memenuhi aspek biologis atau penyakit saja, tetapi juga mampu memenuhi aspek psikologi, sosial dan spiritual (Gaffar, 1999).

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Konseling Spiritual Perawat terhadap Tingkat Kecemasan keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang ICU RSUD Sleman Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian eksperimen atau percobaan (*experimental research*) yaitu suatu penelitian dengan menggunakan kegiatan percobaan (*experiment*), yang bertujuan untuk mengetahui gejala atau pengaruh yang timbul, sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu atau eksperimen tersebut (Notoatmojo, 2010).

Desain penelitian ini menggunakan *quasi eksperimen* dengan rancangan penelitian *Non Equivalent Control Group* yang pada rancangan ini terdiri dari kelompok kontrol dan kelompok eksperimen (Notoatmojo, 2010). Kemudian dilakukan *pretest* pada kedua kelompok tersebut, dan diikuti intervensi pada kelompok eksperimen selanjutnya, setelah beberapa waktu dilakukan *posttest* pada kedua kelompok.

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua keluarga pasien (ayah/ibu, suami/istri atau anak/saudara) yang lebih dari 24 jam menunggu pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 20 orang. Responden tersebut dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan

kelompok kontrol masing-masing berjumlah 10 orang.

Dalam penelitian ini untuk mengukur variabel kecemasan berupa kuesioner dengan menggunakan alat ukur (*instrument*) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). Pemberian kuesioner *pretest* dilakukan saat keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU lebih dari 24 jam baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, kemudian pada kelompok intervensi diberikan konseling spiritual selama 15-30 menit dan pengukuran kuesioner *posttest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dalam pengisian kuesioner pasien didampingi oleh peneliti, hal ini dilakukan dengan maksud apabila ada kuesioner yang belum dimengerti oleh pasien dapat ditanyakan langsung kepada peneliti. Dengan menggunakan alat ukur (*instrumen*) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) yang berisi 14 item soal, pada penelitian ini berbentuk kuesioner. Pada prinsipnya penilaian dengan HRS-A terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang.

Untuk mengetahui perbedaan kecemasan antara kelompok yang diberikan perlakuan dengan kelompok yang tidak diberikan perlakuan dilakukan uji beda data tak berpasangan. Karena skala data yang digunakan pada penelitian ini adalah skala data ordinal, maka uji analisis yang digunakan adalah statistik *non parametrik*. Analisa untuk menguji perbedaan nilai *pretest* dan *post test* menggunakan *Wilcoxon*, yaitu untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel berpasangan. Uji analisis yang digunakan untuk mengetahui perbedaan data tak berpasangan dengan skala ordinal menggunakan *Mann Whitney U-Test*. Penelitian ini menggunakan taraf signifikan p value $<0,05$.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Responden dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang terdiri dari 10 responden kelompok eksperimen dan 10 kelompok kontrol. Responden dikarakteristikan berdasarkan hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Berikut karakteristik responden penelitian :

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan hubungan keluarga

No	Karakteristik Hubungan Keluarga	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	Ayah	1	10,0	1	10.0
2.	Ibu	2	20,0	0	00.0
3.	Anak	1	10,0	4	40.0
4.	Istri	4	40,0	5	50.0
5.	Adik	1	10,0	0	00.0
6.	Kakak	1	10,0	0	00.0
	Total	10	100.0	10	100.0

Dari tabel 1. dapat diketahui hubungan keluarga responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang paling banyak adalah hubungan keluarga sebagai istri pasien yaitu 4 orang (40 %) dan 5 orang (50 %).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 2. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur

No	Karakteristik Umur	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	17 - 20	0	00.0	0	00.0
2.	21 - 35	2	20.0	3	30.0
3.	36 - 45	4	40.0	5	50.0
4.	46 - 65	4	40.0	2	20.0
	Total	10	100.0	10	100.0

(Sumber: Data Primer 2014)

Dari table 2. dapat diketahui usia responden kelompok eksperimen yang paling banyak adalah berusia 36 - 45 tahun yaitu 5 orang (50 %) dan pada kelompok kontrol dapat diketahui usia responden yang paling banyak adalah berusia 36 – 45 tahun yaitu 4 orang (40 %) dan berusia 46 – 65 tahun yaitu 4 orang (40 %).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin

No	Karakteristik Jenis Kelamin	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	Laki- laki	3	30.0	6	60.0
2.	Perempuan	7	70.0	4	40.0
	Total	10	100.0	10	100.0

(Sumber : Data Primer 2014)

Berdasarkan tabel 3. diatas, dapat diketahui jenis kelamin responden kelompok eksperimen yang banyak adalah laki-laki 6 orang (60 %) berbeda dengan kelompok kontrol dapat diketahui jenis kelamin yang banyak adalah perempuan 7 orang (70 %). Responden kelompok kontrol lebih banyak perempuan dan kelompok eksperimen lebih banyak laki-laki.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4. Distribusi frekuensi responden karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan

No	Karakteristik Pendidikan	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	SMP	1	10.0	2	20.0
2.	SMU	7	70.0	8	80.0
3.	PT	1	10.0	0	00.0
4.	DIII	1	10.0	0	0.00
	Total	10	100.0	10	100.0

Sumber : Data Primer 2014

Tingkat pendidikan responden penelitian pada kedua kelompok paling banyak adalah berpendidikan SMU yaitu sebanyak 8 orang (80 %) pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebanyak 7 orang (70 %).

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

No	Karakteristik Pekerjaan	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	Wiraswasta	4	40.0	3	30.0
2.	IRT	4	40.0	2	20.0
3.	Buruh	1	10.0	3	30.0
4.	Tani	1	10.0	0	00.0
5.	Karyawan swasta	0	0	1	10.0
6.	PRT	0	0	1	10.0
	Total	10	100.0	10	100.0

(Sumber : Data Primer 2014)

Dari tabel 5. diatas dapat diketahui jenis pekerjaan responden kelompok eksperimen yang paling banyak adalah wiraswasta dan buruh yaitu sebanyak masing-masing 3 orang (30 %) berbeda pada kelompok kontrol jenis pekerjaan yang paling banyak adalah wiraswasta dan ibu rumah tangga sebanyak masing-masing 4 orang (40 %).

f. Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosis Penyakit Pasien

Tabel 6. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan diagnosis penyakit pasien

No	Karakteristik Penyakit	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen	
		Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
1.	AMI	2	20,0	7	70.0
2.	CHF	3	30,0	2	20.0
3.	Stroke	1	10,0	1	10.0
4.	DM	2	20,0	0	00.0
5.	Sepsis	2	20,0	0	00.0
	Total	10	100.0	10	100.0

Dari tabel 6. dapat diketahui diagnosis penyakit pasien responden kelompok eksperimen yang paling banyak adalah AMI yaitu 7 orang (70 %) dan kelompok kontrol paling banyak adalah CHF yaitu 3 orang (30 %).

2. Tingkat kecemasan

a. Distribusi frekuensi tingkat kecemasan *pretest* dan *posttest* kelompok eksperimen.

Tabel 7. Distribusi frekuensi tingkat kecemasan *pretest* dan *posttest* kelompok eksperimen

Kategori	Kecemasan <i>pretest</i>	Kecemasan <i>posttest</i>		
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)

			ensi	
Tidak ada Kecemasan	0	00.0	0	00.0
Kecemasan Ringan	0	00.0	0	00.0
Kecemasan Sedang	0	00.0	10	100.0
Kecemasan Berat	3	30.0	0	00.0
Panik	7	70.0	0	00.0
Total	10	100	10	100

Berdasarkan tabel 7. Distribusi frekuensi *pretest* kelompok eksperimen diketahui tingkat kecemasan yang paling banyak adalah panik sebanyak 7 orang (70%), sedangkan *posttest* kelompok eksperimen diketahui tingkat kecemasan yang paling banyak adalah kecemasan sedang sebanyak 10 orang (100%).

- b. Distribusi frekuensi tingkat kecemasan *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol. Tabel 8. Distribusi frekuensi Tingkat kecemasan *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol

Kategori	Kecemasan <i>pretest</i>	Kecemasan <i>posttest</i>		
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Tidak ada Kecemasan	0	00.0	0	00.0
Kecemasan Ringan	0	00.0	0	00.0
Kecemasan Sedang	0	00.0	0	00.0
Kecemasan Berat	2	20.0	7	70.0
Panik	8	80.0	3	30.0
Total	10	100	10	100

Berdasarkan tabel 8. Distribusi frekuensi *pretest* kelompok kontrol di atas dapat diketahui tingkat kecemasan yang paling banyak adalah kecemasan panik yaitu sebanyak 8 orang (80 %) dan sedangkan *posttest* kelompok kontrol diketahui tingkat kecemasan yang paling banyak adalah kecemasan berat sebanyak 7 orang (70%).

3. Perbedaan tingkat Kecemasan sebelum dan sesudah perlakuan kelompok eksperimen

Berdasarkan tabel 4.7 terdapat kecenderungan perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan setelah diberikan konseling pada kelompok eksperimen. Selanjutnya

untuk mengetahui secara signifikan pengaruh konseling spiritual dilakukan uji analisis statistik Wilcoxon dengan bantuan komputer dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 9. Uji Wilcoxon *Pretest* dan *Posttest* variabel Tingkat Kecemasan

uji Wilcoxon	Kelompok eksperimen	Kelompok kontrol
Sig. (2-tailed)	0.008	0.025

Berdasarkan tabel 9. uji wilcoxon menunjukkan bahwa *p-value* yang didapat sebesar 0,008. *p-value* < 0,05, maka H_0 ditolak. Hasil tersebut ada pengaruh konseling spiritual terhadap tingkat kecemasan pada keluarga ayah/ibu, suami/istri dan anak/saudara yang menunggu lebih dari 24 jam.

Untuk melihat perbedaan tingkat kecemasan kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol yang tidak dilakukan konseling spiritual oleh perawat, maka dilakukan uji nonparametrik berupa *Mann Whitney U-Test* dengan bantuan komputer. Pengujian yang dilakukan dengan bantuan computer, dan kriteria uji signifikansi adalah sebagai berikut Apabila $p < 0,05$, maka H_0 ditolak, Apabila $p > 0,05$, maka H_0 diterima.

Tabel 10. Uji *Mann-whitney Test*

Perbedaan	<i>Pretest Posttest</i> eksperimen	<i>Pretest Posttest</i> kontrol
<i>Mann-whitney U</i>	15.000	25.000
Z	-3.199	-2.190
Sig. (2-tailed)	.001	.028

(Sumber: Data Primer 2014)

Dari table 4.10 diatas dapat dilihat bahwa ada perbedaan tingkat kecemasan antara kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen *p-value* yang didapatkan yaitu 0,001 (*p-value* < 0,05), hasil tersebut menyatakan bahwa ada beda secara signifikan. Hasil variabel tingkat kecemasan ada perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen setelah diberi perlakuan *p-value* yang didapatkan yaitu 0,028 (*p-value* < 0,05), Hasil tersebut menyatakan bahwa ada beda secara signifikan pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen

Pembahasan

a. Tingkat Kecemasan *pretest* Kelompok Eksperimen

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui tingkat kecemasan responden pada waktu *pretest* kelompok eksperimen tingkat kecemasan yang paling banyak adalah panik sebanyak 7 orang (70%) dan kecemasan berat 3 orang (3%), Dari 10 responden kelompok eksperimen (70%) dengan kecemasan panik dan (30%) dengan kecemasan berat berdasarkan karakteristik hubungan keluarga adalah istri sebanyak 4 orang (40%). Hal ini merupakan masalah karena dalam pelayanan keperawatan bukan hanya pasien saja yang menjadi target atau sasaran asuhan keperawatan tetapi keluarga juga sebagai sasaran dalam pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit, sehingga perlu perhatian dan tindakan yang tepat oleh perawat. Kecemasan keluarga dapat dimengerti bahwa mereka dihadapkan pada kondisi yang cukup sulit dimana menghadapi kondisi keluarga yang dirawat di ruang ICU. Menurut penelitian (Stuart & Sunden, 2008), Model perawatan dipusatkan pada keluarga (*family centered model*) adalah konsep yang memperlakukan pasien dan keluarga sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Suatu

pendekatan holistik dalam perawatan kritis mensyaratkan agar keluarga dimasukkan dalam rencana keperawatan. Dalam hal ini perawat harus memperhatikan kebutuhan keluarga, yang menurut (Hawari, 2011), terdiri dari jaminan mendapatkan pelayanan yang baik, kedekatan keluarga dengan pasien, memperoleh informasi, kenyamanan saat menunggu, dan dukungan dari lingkungan. Faktor resiko yang berhubungan dengan kecemasan anggota keluarga diruang perawatan intensif adalah jenis kekerabatan dengan pasien, tingkat pendidikan, tipe perawatan pasien, kondisi medis pasien, pertemuan keluarga dengan perawatan, cara penanggulangan, dan kebutuhan keluarga (Stuart, 2006).

Dilihat dari usia responden kelompok eksperimen *pretest* yang mengalami kecemasan sangat berat atau panik sebanyak 5 orang (50%) berusia 36-45 tahun. Menurut Potter and Perry (2005) gangguan kecemasan bisa terjadi di semua usia, lebih banyak sering pada usia dewasa dan perempuan. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 36-45 tahun karena merupakan masa peralihan dari dewasa muda menjadi dewasa tua.

Dari 10 responden *pretest* kelompok eksperimen 7 orang (70%) dengan kecemasan sangat berat atau panik dan 3 orang (30%) dengan kecemasan berat. Berkaitan dengan jenis kelamin dari 7 orang yang tingkat kecemasan panik sebanyak 4 orang adalah perempuan. Sehingga didapatkan data perempuan lebih cemas dibanding dengan laki-laki, dikarenakan laki-laki lebih rasional dan perempuan lebih sensitif. Dalam penelitian lain atau studi kecemasan menyatakan perempuan lebih cemas daripada laki-laki dan perempuan memiliki skor yang lebih tinggi pada pengukuran ketakutan dalam situasi sosial dibanding laki-laki (*Jurnal PSYCHE The Anxiety Level Differences Among Male and Female at RSUP Dr Sardjito Yogyakarta 2004*).

Apabila dilihat dari tingkat pendidikan di tabel 4.4 dapat diketahui tingkat pendidikan responden paling banyak adalah berpendidikan SMU sebanyak 8 orang (80%) dari 10 orang responden. Pendidikan yang rendah dapat menyebabkan seseorang mudah mengalami stress yang disebabkan karena kurangnya informasi. Jika seseorang terpapar informasi lebih jelas, maka keluarga dapat tenang dalam mengambil keputusan. Menurut Pamungkas (2011) kecemasan dan stress mudah terjadi pada orang dengan tingkat pendidikan rendah karena kurangnya informasi yang didapat. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir rasional dan menangkap informasi termasuk dalam menguraikan masalah baru.

Berdasarkan jenis penyakit yang diderita pasien di tabel 4.6 dapat diketahui penyakit yang diderita pasien sebagian besar adalah penyakit kardiovaskuler (AMI : 70%, CHF : 20%, Stroke : 10%) yang merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor satu didunia ini, sehingga menyebabkan kecemasan yang tinggi bagi keluarga pasien.

b. Tingkat Kecemasan Keluarga *pretest* Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui tingkat kecemasan responden pada waktu *pretest* kelompok kontrol tingkat kecemasan yang paling banyak adalah panik sebanyak 8 orang (80%) dan kecemasan berat 2 orang (2%), Dari 10 responden kelompok kontrol (80%) dengan kecemasan panik dan (20%) dengan kecemasan berat berdasarkan karakteristik hubungan keluarga adalah istri sebanyak 5 orang (50%). Salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan

keluarga adalah kedekatan kekerabatan. Menurut Stuart (2006), faktor resiko yang berhubungan dengan kecemasan anggota keluarga diruang perawatan intensif adalah jenis kekerabatan dengan pasien.

Dilihat dari usia responden kelompok kontrol *pretest* yang mengalami kecemasan sangat berat atau panik sebanyak 4 orang (40%) berusia 36-45 tahun dan 4 orang (40%) berusia 46-65 tahun. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 36-45 tahun karena merupakan masa peralihan dari dewasa muda menjadi dewasa tua.

Dari 10 responden *pretest* kelompok kontrol 8 orang (80%) dengan kecemasan sangat berat atau panik dan 2 orang (20%) dengan kecemasan berat. Berkaitan dengan jenis kelamin tingkat kecemasan panik dan berat sebanyak 7 orang (70%) adalah perempuan. Hal ini menunjukkan tingkat kecemasan pada responden perempuan lebih banyak dari responden laki-laki.

Apabila dilihat dari tingkat pendidikan di tabel 4.4 dapat diketahui tingkat pendidikan responden kelompok kontrol paling banyak adalah berpendidikan SMU sebanyak 7 orang (70%) dari 10 orang responden. Tingkat pendidikan merupakan salah satu yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga (Stuart, 2006). Semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga pasien semakin mudah menerima informasi dan memudahkan dalam pengambilan keputusan yang menunjang pengobatan dan perawatan pasien.

Berdasarkan jenis penyakit yang diderita pasien di tabel 4.6 dapat diketahui penyakit yang diderita pasien sebagian besar adalah penyakit kardiovaskuler (60%) yang merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor satu didunia ini, sehingga menyebabkan kecemasan yang tinggi bagi keluarga pasien. Semakin berat penyakit semakin tinggi pula kecemasan keluarga pasien.

c. Tingkat Kecemasan Keluarga *posttest* Kelompok Eksperimen

Berdasarkan tabel 4.7 Tingkat kecemasan keluarga pasien selama pasien dirawat di ruang ICU dari 10 orang responden setelah diberikan konseling spiritual terjadi penurunan dari kecemasan panik 70% dan kecemasan berat 30% menjadi kecemasan sedang yaitu 10 orang (100%). Pada saat pasien dirawat di ruang ICU tentu saja akan menimbulkan kecemasan pada keluarga pasien. Namun setelah keluarga pasien mendapatkan konseling spiritual sebagai sarana untuk mengatasi masalah sehingga menjadikan dirinya menjadi lebih tenang. Wangmuba (2009), menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang diantaranya yaitu usia, tahap perkembangan, pengetahuan, stres yang ada sebelumnya, dukungan sosial, kemampuan mengatasi masalah (*coping*), lingkungan budaya etnis dan kepercayaan.

Koenig (2001) menyebutkan keterlibatan spiritual dan keagamaan berkontribusi terhadap kualitas hidup dalam hal mengurangi gejala depresi dan kecemasan, menurunkan tingkat bunuh diri dan penyalahgunaan obat. Spiritual juga digunakan untuk mengatasi kesulitan sehari-hari sebagai metode coping yang memberi pengaruh positif, semangat, harapan dan kepuasan hidup yang besar.

d. Tingkat Kecemasan Keluarga *posttest* Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 4.8 Tingkat kecemasan keluarga pasien selama pasien dirawat di ruang ICU dari 10 orang responden kelompok kontrol yang tanpa diberikan konseling spiritual terjadi penurunan dari kecemasan panik 80%

menjadi kecemasan berat yaitu 7 orang (70%) dan panik 3 orang (30%). Berdasarkan hal tersebut terjadi penurunan tingkat kecemasan dari panik menjadi kecemasan berat hal ini dikarenakan proses penerimaan keluarga pasien akan kondisi pasien. Ada lima tahapan proses kehilangan dan depresi menurut Kubbler-Ross salah satunya adanya proses penerimaan. Keluarga sudah menerima kondisi keluarganya yang dirawat di ruang ICU.

e. Perbedaan Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Eksperimen

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan perbedaan tingkat kecemasan keluarga kelompok kontrol yang tidak dilakukan konseling spiritual dan eksperimen yang mendapatkan konseling spiritual. Hasil uji nonparametrik *Mann Whitney U-Test* menunjukkan *p-value* yang didapatkan yaitu 0,001 (*p-value* < 0,05) hasil tersebut menunjukkan perbedaan yang signifikan dari kelompok eksperimen yang mendapat perlakuan konseling dan kelompok kontrol yang tidak dapat perlakuan konseling spiritual.

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan tingkat kecemasan keluarga pasien menurun setelah konseling spiritual. Hasil uji *Wilcoxon* menunjukkan nilai probabilitas sebesar 0,008 (*p* < 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa konseling spiritual memberikan pengaruh terhadap tingkat kecemasan terhadap keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUD Sleman.

Apabila dilihat dari hasil konseling spiritual yang diberikan dan hasil uji *Wilcoxon* juga menunjukkan ada pengaruh konseling spiritual terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien. Perawat dalam hal ini sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat klien dan edukator. Perawat yang dapat menjalankan perannya dengan baik tentunya akan memberikan kenyamanan pasien dan keluarga sehingga akan mengurangi kecemasan.

Namun setelah keluarga pasien mendapatkan konseling spiritual sebagai sarana untuk mengatasi masalah sehingga menjadikan dirinya menjadi lebih tenang. Wangmuba (2009), menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang diantaranya adalah kepercayaan.

Salah satu cara untuk mengatasi kecemasan keluarga adalah konseling spiritual yang dijelaskan oleh (Sudrajat, 2008) meliputi empat tahap yaitu : tahap awal/pra interaksi, tahap pengenalan, tahap kerja dan tahap terminasi. Dan hasil dari konseling spiritual diharapkan menurunnya kecemasan klien, perubahan perilaku klien kearah yang lebih positif, sehat dan dinamis serta pemahaman baru dari keluarga pasien tentang masalah yang dihadapinya.

Menurut Brunner & Suddarth (2003), adanya persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien dan keluarganya sehingga perawat perlu memberikan dukungan mental kepada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU dan dapat dilakukan berbagai cara dengan memberikan konseling spiritual yaitu membantu keluarga pasien mengetahui penyakit dan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, menerima kondisi pasien dan menyerahkan segalanya kepada Allah SWT.

Dilihat perbedaan yang ada dari hasil pengukuran tingkat kecemasan keluarga pasien sebelum dan sesudah diberikan konseling spiritual terdapat perbedaan yang signifikan. Perubahan tingkat kecemasan itu ditandai dengan penurunan tingkat kecemasan dari tingkat yang lebih tinggi ke yang lebih rendah, sehingga dapat

diketahui bahwa konseling spiritual yang diberikan kepada keluarga efektif untuk menurunkan kecemasan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Abim (2007) meneliti tentang hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang ICU dengan tingkat kecemasan keluarga terhadap perawatan ICU di RSUD Dr. Sayidiman Magetan, didapatkan hasil pengetahuan yang cukup tentang ICU dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU. Begitu juga Prasetyo (2007) meneliti tentang pengaruh pemberian pelayanan spiritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, didapatkan hasil adanya pengaruh yang signifikan pemberian terapi psikospiritual dalam menurunkan kecemasan. Sedangkan Nataliza (2011) meneliti tentang pengaruh pelayanan kebutuhan spiritual terhadap kecemasan pasien pre operasi di ruang rawat RSI Siti Rahmah Padang. Hasil dari penelitian ini terdapat pengaruh yang signifikan pelayanan kebutuhan spiritual terhadap kecemasan pasien pre operasi.

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan penelitian yang berjudul “Pengaruh Konseling Spiritual Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang dirawat Di ruang ICU RSUD Sleman” dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat kecemasan keluarga sebagian besar dalam kategori panik yaitu 7 responden (70%), pada kelompok eksperimen dan pada kelompok kontrol dalam kategori panik 8 responden (80%).
2. Tingkat kecemasan keluarga setelah dilakukan konseling spiritual pada kelompok eksperimen adalah kecemasan sedang yaitu 10 responden (100%) dan masih terdapat kecemasan berat pada 7 responden (70%) kelompok control.
3. Ada pengaruh tingkat kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan konseling spiritual, dengan $p\text{-value}$ 0,008 ($p\text{-value}<0,05$) ada pengaruh konseling spiritual perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga.
4. Ada perbedaan tingkat kecemasan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, dengan $p\text{-value}$ 0,001 ($p\text{-value}<0,05$).

A. B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan beberapa hal sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit
Supaya dalam melakukan pelayanan bukan hanya memfokuskan pada pasien tapi juga keluarga pasien sebagai suatu pendekatan yang holistik.
2. Bagi Perawat
Konseling spiritual diberikan juga kepada keluarga pasien di bangsal lain sebagai salah satu pelayanan yang berbasis keluarga.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Diharapkan bagi penelitian selanjutnya yang ingin meneliti mengenai penelitian yang serupa agar dapat mengembangkan penelitian yang dilakukan peneliti saat ini.

DAFTAR PUSTAKA

Abim, (2007), “*Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang ICU dengan Tingkat*

Kecemasan Keluarga Terhadap Perawatan ICU di RSUD Dr. Sayidiman Magetan” ,
Skripsi dipublikasikan, Ponorogo.

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____(2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Akhmad Sudrajat, (2008), *Pengertian Pendekatan, Strategi, Metode, Teknik, Taktik dan Model Pembelajaran*. <http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2008/09/12/pendekatan-strategi-metode-teknik-dan-model-pembelajaran>, diakses 02 Januari 2014.

Davison, G.C & Neale J.M. (2006). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Dr. Syamsu Yusuf, L.N & Dr. A. Juntika Nurihsan, (2009), *Landasan Bimbingan & Konseling*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.

Gaffar, L. O. (1999), *Pengantar Keperawatan Profesional*, EGC, Jakarta.

Hudak & Gallo, (1997), *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Edisi VI volume 2*, EGC, Jakarta.

Hill, P. C. & Pargament K.(2003), *Advances in the Conceptualisation and Measurement of Spirituality*. *American Psychologist*, 58, p64–74, 2003.

_____(2008) *Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure*. *Journal for the Theory of Social Behavior*.

Hawari Dadang (2005), *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/ 2010 tentang *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit*, 2010, Jakarta.

Koenig, H.G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Pennsylvania.

Kutibin, Ibin,(2007), *Psikoterapi Holistik Islam*, Kutibin Penerbit, Bandung.

Lahey, B. B. (2007). *Psychology: An Introduction*, Ninth Edition. New York: The McGraw-Hill Companies.

Mudjadid, E.(2006). *Pemahaman dan Penanganan Psikosomatik Gangguan Ansietas dan Depresi di Bidang Ilmu Penyakit Dalam*. In : *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Notoatmodjo, Soekidjo.(2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.

_____(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta; Rineka Cipta

_____(2010). *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep Metodologi Penelitian ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____ (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Potter A. Patricia & Anne G. Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

Rochman, K. (2010), *Kesehatan Mental*, Fajar Media Press, Purwokerto.

Ramainah, S. (2003), *Kecemasan, Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Pustaka Populer Obor, Jakarta.

Rufaidah, E.R (2009), *Efektifitas Terapi Kognitif terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan pada Penderita Asma di Surakarta*. Tesis dipublikasikan. Fakultas Psikologi-UGM. Jogjakarta.

Sari, Puspita, (2011), *Pelaksanaan Bimbingan Rohani Islam untuk Meningkatkan Etos Kerja Kepolisian di Polres Jakarta Pusat*. Skripsi dipublikasikan. Diakses pada 03 Januari 2014. Diperoleh dari <http://tulis.uinjkt.ac.id/opac/themes/katalog/detail.jsp?id=101896&lokasi=lokal>

Saryono. (2011), *Metodologi penelitian kesehatan: penuntun praktis bagi pemula*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.

Sagala, (2011), *Konsep Dasar Konseling*, <http://www.bantangul.com/2011/07/konsep-dasar-konseling.html>. Diakses 02 Januari 2014.

Simamora, (2012), *Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien yang Dirawat di Ruang ICU dan HCU RSUD Sumedang*, Skripsi dipublikasikan, Unpad Bandung.

Sunaryo, (2004), *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta, Buku Kedokteran EGC.

Sudrajat, Akhmad, (2008), *Tahapan Konseling individual dalam proses layanan konseling individual*, dalam <http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2008/01/26/proses-layanan-konseling-individual/>, diakses tanggal 09 Januari 2014.

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.

Sibuea H. W, Panggabean M. M, Gultom P. S, (2005), *Ilmu Penyakit Dalam*, Cetakan Ke 2, Rineka Cipta: Jakarta.

Sulastri, (2009), *Pengaruh Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) Pada Pemeriksaan Kehamilan K4 Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Parsoburan Kota Pematangsiantar*, Skripsi dipublikasikan, FKM-USU, Medan.

Stuart, G.W, & Laraia, M.T. (2005), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8th edition, St. Louis : Mosby Book Inc

Tabrani Rab Prof.Dr.H., (2007), *Agenda Gawat Darurat Jilid 1*. Bandung : P.T. ALUMNI Bandung.

Videbeck, Sheila L,(2008), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa , Renata Komalasari, Alfrina Hany; Editor edisi bahasa Indonesia, Pemilih Eko Karyuni, Jakarta: EGC.

Witoha,(2003), *Strategi dan Teknik Konseling Spiritual*, <https://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=15492>, diakses 03 Januari 2014.

Yani, Achir, (2008), *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*, ECG, Jakarta.

Young,K.S, (2012), *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*, Hoboken.

