

**KECEMASAN KELUARGA PASIEN RUANG ICU  
RUMAH SAKIT DAERAH SIDOARJO****Tri Peni***Dosen Politeknik Kesehatan Majapahit***ABSTRACT**

*Anxiety is a state where the person experiences feelings of anxiety and activity in the autonomic nervous system responds to threats that are not clear and specific. Patient's family that is caring in Intensive Care Unit (ICU) always feel anxiety. Because of that, family have to mixed up in the nursing care. The aim of this study was to indentify the anxiety that felt by the patient's family in RSD Sidoarjo. The research used a descriptive design and take 30 people as samples. The result showed that only 43,3% family feel anxiety in average degress. Conclusions on this study it was found that the majority of respondents decreased anxiety after being given information on health, so nurses and other health workers are expected to cooperate with the cadres of health coaching in hospital.*

**Keywords:** *anxiety, patients, ICU*

**A. PENDAHULUAN**

ICU (*Intensife Care Unit*) adalah tempat perawatan klien kritis, gawat atau klien yang mempunyai risiko tinggi terjadinya kegawatan, dengan sifat yang *reversible*, dengan penetrapan terapi agresif, teknologi canggih, monitoring invasive atau non invasive dan penggunaan obat-obat paten (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001).

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU antara lain, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, tingkat penghasilan. Selain itu bisa juga tidak diijinkannya ke luarga untuk mengunjungi atau melihat keadaan keluarganya yang sedang dirawat di ICU. Sumber kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU juga dapat disebabkan oleh kurangnya informasi dan komunikasi antara petugas dengan keluarganya. Bagaimana keadaan pasien yang gawat, apakah mengancam sehingga mengakibatkan kematian, juga perawatan di ruang ICU memerlukan dana yang banyak.

Masalah – masalah kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU penting sekali diperhatikan karena dalam perawatan pasien dan keluarga merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lain. Hal ini perlu menjadi perhatian penting untuk perawat, dokter dan staf kesehatan yang lain. Keluarga mempunyai peranan yang penting dalam pengambilan keputusan dan sering harus dilibatkan secara langsung atau tidak langsung dalam tindakan pertolongan yang diberikan pada pasien (Friedman, 1999)

Dengan kata lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat di ruang ICU atau perawatan kritis selalu mempertimbangkan aspek *bio, psiko, sosio* dan *spiritual* secara *komprehensif*. Hal ini berarti pasien yang dirawat di ICU membutuhkan asuhan keperawatan tidak hanya masalah *patofisiologi* tetapi juga masalah *psiko sosial*, lingkungan dan keluarga yang secara erat terkait dengan penyakit fisiknya (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001).

Dari studi pendahuluan yang dilakukan di ruang ICU RSD Sidoarjo didapatkan jumlah pasien yang dirawat selama bulan Mei 2005 sampai dengan Mei 2006 sebanyak 3010 pasien, dan dari hasil wawancara yang dilakukan pada beberapa anggota keluarga

yang menunggu di ruang ICU RSD Sidoarjo mengatakan mereka khawatir dan takut tentang keadaan keluarganya yang dirawat di ruang ICU sehingga dalam penelitian ini peneliti ingin meneliti tingkat kecemasan keluarga yang salah satu anggota keluarganya di rawat di ruang ICU RSD Sidoarjo.

## B. TINJAUAN PUSTAKA

### 1. Konsep Kecemasan

Kecemasan adalah suatu keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) aktifitas sistem syaraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan (Carpenito, 1998 : 132 ).

Kecemasan adalah reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif, yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Carolus, 1999).

Kecemasan adalah suatu keadaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan dan disertai dengan nada *somatic* yang menyatakan terjadinya hiperaktifitas sistem syaraf otonom. Kecemasan adalah gejala tidak spesifik yang sering ditemukan dan seringkali merupakan suatu emosi yang normal. Kecemasan patologis adalah ketidaksesuaian dengan proporsi ancaman sesungguhnya dan bersifat maladaptif (Kusuma, 1997 : 231).

### 2. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan

#### a. Pendidikan

Menurut Ki Hajar Dewantara ( Dalam Tim MKDK IKIP Surabaya, 1996 : 19). Pendidikan yaitu menuntut segala kekuatan kodrat yang ada pada seseorang agar mereka sebagai manusia dan sebagai anggota masyarakat mendapat keselamatan dan kebahagiaan yang setinggi-tingginya. “ Jhon Dewey” mengungkapkan bahwa pendidikan diartikan sebagai lantaran proses pertumbuhan dan proses sosialisasi seseorang.

#### b. Informasi

Informasi adalah kejelasan tentang sesuatu yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain. Kurangnya informasi dan komunikasi dengan staf ICU sehingga tidak tahu perkembangan kondisi dan tindakan apa yang sedang dilakukan pada keluarganya yang sedang dirawat. (FK Unair RSUD Dr. Soetomo, 2001 : 28)

#### c. Berkunjung

Berkunjung adalah menjenguk atau bertemu langsung dengan pasien ruang ICU yang terisolasi dari luar, tidak memungkinkan untuk bersosialisasi dengan anggota keluarganya yang dirawat di dalam ruang ICU (FK Unair RSUD Dr. Soetomo, 2001 : 30)

## B. Konsep Keluarga

### 1. Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan Effendi, 1998: 32).

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Salvicion G, Bailon dan Aracelis Megalaya, dikutip Nasrul Effendi, 1998: 32).

## 2. Fungsi keluarga

Menurut Nasrul Effendy (1998 : 5) ada beberapa fungsi :

a. Fungsi *biologis*

Yang merupakan keturunan, memelihara dan membesarkan anak-anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

b. Fungsi psikologis

Memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberi perhatian diantara anggota keluarga, membina kedewasaan, kepribadian anggota keluarga.

c. Fungsi sosial

Membina sosialisasi pada anak, membentuk norma tingkah laku sesuai dengan perkembangan anak, meneruskan nilai budaya keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga, penabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

## 3. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut Suprajitno (2004 : 18) ada lima tugas keluarga di bidang kesehatan yaitu :

a. Mengenali gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.

c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau usianya terlalu muda.

d. Mempertahankan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

e. Mempertahankan hubungan timbal balik anggota antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan.

Dari penjelasan di atas, keluarga yang memainkan sautau peran bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan ini tidak ada, maka keberhasilan atau pemulihan sangat berkurang. Begitu juga dengan masalah kesehatan di dalam keluarga sangat berkaitan. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga tersebut. Dalam perawatan individu, keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan. Bila ada salah satu anggota keluarga mengalami sakit kritis, maka dampaknya akan dirasakan langsung oleh anggota keluarga yang lain maka peran dan fungsi keluarga menjadi tidak efektif (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001 : 70).

## C. Konsep ICU

### 1. Pengertian Dan Tujuan

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu tempat pelayanan khusus dimana pemantauan atau monitoring dan pengolahan atau pengobatan dilakukan lebih rinci dibandingkan dengan unit lain (FK. Unair Dr. Soetomo, 2001 : 61).

ICU itu sendiri adalah ruang perawatan khusus atau terpisah di dalam rumah sakit yang khusus dikelola untuk merawat pasien sakit berat, kritis dengan melibatkan tenaga terlatih khusus dan didukung dengan peralatan khusus (Depkes, 1996).

Cakupan pelayanan intensif, sesuai dengan kebutuhan terdiri atas pelayanan intensif serbaguna.

Pasien yang dirawat di ICU sangat bervariasi keadaan klinisnya akan pada dasarnya mengalami disfungsi satu macam organ atau lebih terutama gangguan fungsi nafas dan sirkulasi. Pasien dapat berasal dari kamar operasi, UGD, ruangan lain di rumah sakit atau rujukan dari rumah sakit lain. Ada dua golongan pasien yang akan dirawat di ICU :

- a. Prioritas tinggi  
Pasien kritis, tidak stabil, penyakitnya masih *reversible*, memerlukan perawatan intensive contoh respirator, obat inotropik, hemodialisa segera dan lain-lain.
- b. Prioritas rendah  
Pasien dengan kemungkinan memerlukan perawatan intensive dan pasien yang penyakitnya *irreversible* tetapi mengalami kegawatan bukan karena penyakit dasarnya, dengan catatan bahwa pasien atau keluarganya sanggup menerima beban akibat terapi tersebut.

## 2. Keuntungan-keuntungan Dari Ruang ICU

- a. Dengan adanya peralatan yang khusus, lengkap dan canggih, setiap pasien yang gawat dapat segera ditolong dengan alat-alat tersebut.
- b. Pasien dapat diawasi dengan lebih ketat, sehingga setiap kelainan yang timbul dapat diketahui sedini mungkin dan segera dapat pengobatan atau pertolongan yang sesuai dengan efektif (Varon. MD, 1994 : 37).

## 3. Sumber-sumber Kecemasan Di Lingkungan ICU

Ruang ICU mempunyai dampak psikologis yang berupa kecemasan, bagi pasien maupun keluarga. Yang menjadi sumber kecemasan di lingkungan ICU (*Intensive Care Unit*) adalah asing dengan lingkungan dan wajah baru, runagan isolasi, kurangnya informasi dan komunikasi antara petugas ICU dengan keluarga. Ketergantungan terhadap alat-alat canggih, penyakit gawat serta ancaman kematian. Faktor ekonomi juga bisa menimbulkan gangguan psikologis yang serius. Tarif ICU yang tinggi bisa mengejutkan. Asuransi yang tidak memadai atau tidak tersedia. Pemasukan keuangan kurang atau bahkan kehilangan pemasukan, sehingga beralasan bisa timbul kecemasan, karena biaya untuk mempertahankan kelangsungan hidup pasien membuat hancurnya keuangan keluarga. Sumber kecemasan sama besar pengaruhnya baik terhadap pasien maupun keluarga terutama ketika pasien adalah salah satunya pencari nafkah dalam keluarga (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001).

## 4. Penyebab Cemas Di Ruang ICU atau Perawatan Klinis Bagi Pasien

- a. Perawatan canggih
- b. Bunyi alarm
- c. Aktiftias sibuk
- d. Terpasangnya *endotracheal tube*, kateter, selang *drainase respirator*, selang *infuse*, CVP dan lain-lain.
- e. Nyeri
- f. Tidak bisa tidur
- g. Penyakit kritis
- h. Imobilisasi, Imobilisasi di sini bisa karena penyakitnya sehingga klien tidak mampu menggerakkan tubuhnya atau karena gelisah pasien di *restrain* (diikat).
- i. Isolasi, klien merasa erpisah secara fisik dari keluarga dan teman-temannya.
- j. Ketidakjelasan. Pasien merasa tidak berdaya karena tidak mampu mengontrol diri dari lingkungannya, mereka mengalami perubahan *body image*, perubahan kebiasaan diri dan perubahan peran dalam keluarga.
- k. Komunikasi, karena terpasangnya *endotracheal tube* pasien tidak bisa berkomunikasi secara verbal untuk mengungkapkan keluhan maupun perasaannya.

Pasien juga bisa mengalami stress karena mendengar pembicaraan staf ICU tentang penyakit, dan pengobatan atau tindakan yang sedang dilakukan terhadap dirinya (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001).

### 5. Penyebab Cemas Bagi Keluarga Pasien ICU

- a. Terpisah secara fisik dengan keluarga yang dirawat di ICU.
- b. Merasa terisolasi secara fisik dan emosi dari keluarganya yang lain yang sehat, dukungan moral yang tidak kuat atau keluarga yang lain tidak bisa berkumpul karena bertempat tinggal jauh.
- c. Takut kematian atau kecacatan tubuh terjadi pada keluarga yang sedang dirawat.
- d. Kurangnya informasi dan komunikasi dengan staf ICU sehingga tidak tahu perkembangan kondisi pasien.
- e. Tarif Icu yang mahal.
- f. Masalah keuangan, terutama jika pasien adalah satu-satunya pencari nafkah dalam keluarga.
- g. Lingkungan ICU atau ruangan yang penuh dengan peralatan canggih, bunyi alarm, banyaknya selang yang terpasang di tubuh pasien. Jika pasien diintubasi atau ada gangguan kesadaran sulit atau tidak bisa berkomunikasi diantara pasien dengan keluarganya dapat meningkatkan stress pada keluarga. Jam besuk yang dibatasi, ruangan ICU yang sibuk dan suasananya yang serba cepat membuat keluarga merasa tidak disambut atau dilayani dengan baik (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001).

### 6. Kebutuhan Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Ruang ICU

Sehubungan dengan adanya dampak psikologis bagi keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU maka dilakukan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga. Hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa kebutuhan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.

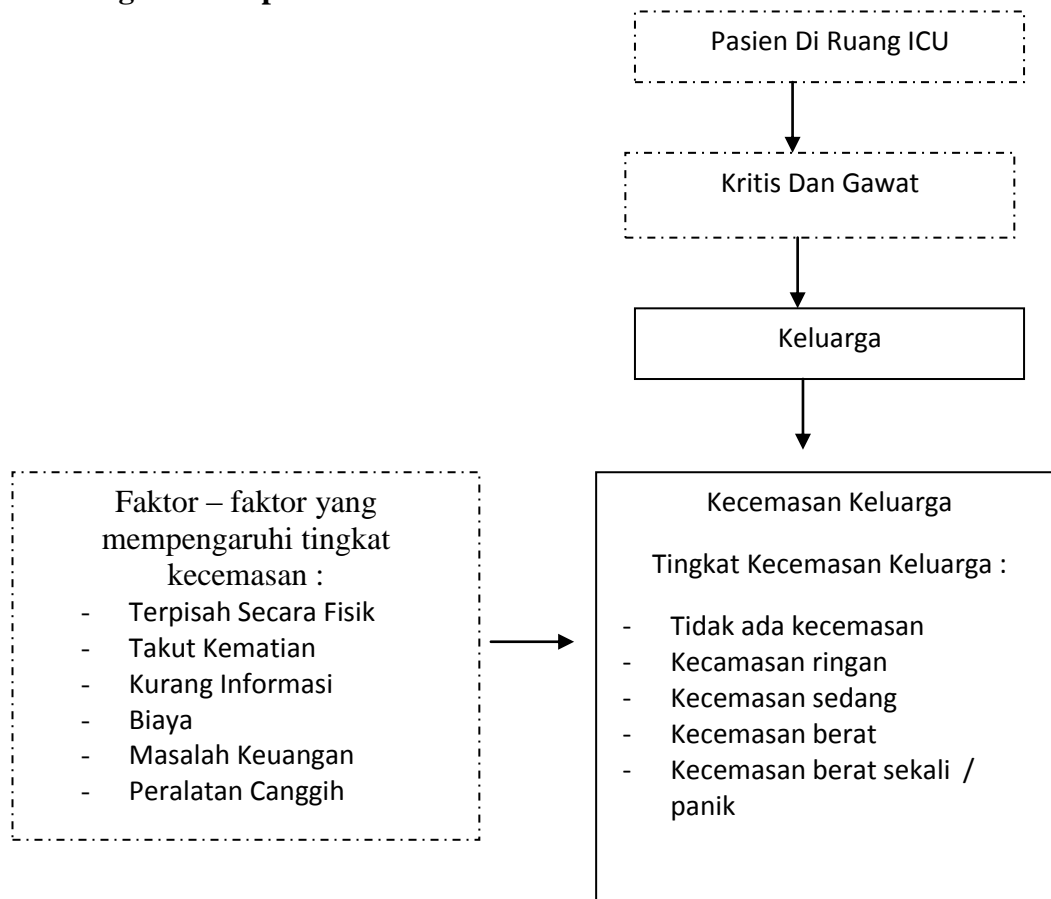
Kebutuhan berdasarkan studi rating rata-rata oleh keluarga pasien kritis adalah kebutuhan mengetahui *prognosa*, mendapatkan jawaban atau pertanyaan-pertanyaan dengan jujur. Mengetahui faktor spesifik mengenai perkembangan pasien, merasabahnya petugas rumah sakit betul-betul merawat pasien, dipanggil jika ada perubahan kondisi pasien, merasa ada harapan, mendapat penjelasan dengan istilah yang dapat dimengerti, mendapat jaminan bahwa perawatan terbaik sedang diberikan pada pasien, sering menjenguk pasien serta mengetahui kenapa suatu tindakan dilakukan pada pasien (FK Unair, RSUD Dr. Soetomo, 2001)

## C. METODE PENELITIAN

### 1. Desain Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif. Metode deskriptif itu sendiri adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara obyektif untuk mengetahui tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ICU, RSD Sidoarjo (Notoatmodjo, 2002 : 133)

**Kerangka Konseptual**



Keterangan :

- : Diteliti
- ..... : Tidak diteliti

Sumber: FK Unair, RSUD Dr.soetomo,2001- Aziz Alimul, 2003

**2. Variabel dan Definisi Operasional**

**1. Identifikasi Variabel**

a. Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2003 : 101). Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan keluarga terhadap anggota keluarganya yang dirawat di ICU RSD Sidoarjo.

**2. Definisi Operasional**

Tabel 1 Definisi operasional penelitian study tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSD Sidoarjo

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skore
Tingkat kecemas	Reaksi emosional individu yang	Menurut skala HRS-A	Modifi kasi kuesio ner	Ordinal	< 14 = tidak ada

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skore
an	subyektif yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan cemas</li> <li>2. Ketegangan</li> <li>3. Ketakutan</li> <li>4. Gangguan tidur</li> <li>5. Gangguan kecerdasan</li> <li>6. Perasaan depresi</li> <li>7. gejala <i>somatik</i></li> <li>8. gejala <i>sensorik</i></li> <li>9. Gejala <i>kardiovaskular</i></li> <li>10. Gejala pernafasan</li> <li>11. Gejala <i>Gastrointestinal</i></li> <li>12. Gejala <i>urogenitalia</i></li> <li>13. Gejala <i>vegetatif</i> atau <i>otonom</i></li> <li>14. Gejala perilaku</li> </ol>	HRS-A		<p>kece masa n 14-20 = kece masa n ringa n 21-27 = kece masa n sedan g 28-41 = kece masa n berat 42-56 = kece masa n berat sekali</p>

### 3. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

Populasi adalah kesatuan subyek penelitian (Arikunto, 1998), populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang menunggu di ruang ICU RSD Sidoarjo. Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003 : 97).

Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampling yang digunakan adalah *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 1995 : 49).

#### 4. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan data sekunder yang diperoleh dari puskesmas untuk menentukan penderita diare di desa Gayaman. Proses pengumpulan data dalam penelitian ini adalah setelah mendapat izin dari institusi, peneliti kemudian mengadakan pendekatan kepada kepala puskesmas dan meminta izin, setelah mendapat izin, peneliti meminta data sekunder dari puskesmas pada penderita diare di desa Gayaman. Untuk data kebiasaan cuci tangan peneliti menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Setelah responden selesai mengerjakan kuesioner kemudian diteliti kelengkapannya bila belum lengkap, maka responden diminta melengkapi lagi kemudian dikumpulkan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah angket dengan menggunakan data primer. Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengumpulan data primer adalah kuesioner yang berjumlah 21 soal.

#### 5. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa Questioner atau angket, yaitu instrumen riset yang dipergunakan untuk menetaapkan jawaban. Jawaban atas sejumlah pertanyaan melalui formulir yang akan diisi oleh responden sendiri. Dengan alasan metode angket sangat tepat untuk memperoleh data yang cukup luas dan pelaksanaannya tidak lama serta cukup menghemat biaya (Komanudi, 2001). Jumlah soal pada Questioner ada 14 soal berupa pertanyaan tertutup dengan 5 pilihan jawaban.

##### Teknik Analisa Data

Dari hasil pengisian Questioner setelah diolah disajikan dalam bentuk table. Setelah data terkumpul dilakukan tabulasi dan dikelompokkan jawabannya setiap pertanyaan diberi skor menurut tiap jawaban.

- |    |                |     |
|----|----------------|-----|
| 1. | Hampir Tidak   | = 0 |
| 2. | Pernah         | = 1 |
| 3. | Kadang –kadang | = 2 |
| 4. | Sering         | = 3 |
| 5. | Selalu         | = 4 |

Dan hasil penelitian total skor

- |    |  |
|----|--|
| a. | Kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan             |
| b. | Skor 14 - 20 = Kecemasan ringan                  |
| c. | Skor 21 – 27 = Kecemasan sedang                  |
| d. | Skor 28 – 41 = Kecemasan berat                   |
| e. | Skor 42 – 56 = Kecemasan sangat berat atau panik |

Sumber : Alimul, 2003 : 92

$$T = 50 + 10 \left[ \frac{x - \bar{x}}{sd} \right]$$

x = Skor responden pada skala likert yang hendak diubah menjadi skor T

$\bar{x}$  = Mean skor kelompok

sd = Deviasi standar kelompok.

#### D. HASIL PENELITIAN

##### 1. Data umum

Data ini menggambarkan karakteristik atau distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan dan hubungan keluarga.

**Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang ICU RSD Sidoarjo**

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Laki-laki	17	56,7
2.	Perempuan	13	43,3
	Total	30	100

Dari tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden terbanyak adalah laki-laki yaitu sebesar 56,7% dan sisanya adalah responden perempuan yaitu sebesar 43,3%.

**Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di Ruang ICU RSD Sidoarjo**

No	Umur (tahun)	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	20 – 30	16	53,3
2.	31 – 40	9	30
3.	>40	5	16,7
	Total	30	100

Dari tabel 3 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden terbanyak yaitu sebesar 53,3% adalah yang berumur 20 – 31 tahun.

**Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan di Ruang ICU RSD Sidoarjo (17 Juli – 29 Juli 2006)**

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	SD	4	13,3
2.	SLTP	8	26,7
3.	SLTA	12	40
4.	PT	6	20
	Total	30	100

Dari tabel 4 di atas dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SLTA yaitu sebesar 40% dan sisanya adalah berpendidikan SD, SLTP, dan PT.

**Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien di Ruang ICU RSD Sidoarjo**

No	Hubungan keluarga	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Anak	10	33,3
2.	Suami	3	10
3.	Istri	4	13,3
4.	Ayah	2	6,7
5.	Ibu	2	6,7
6.	Kakak	2	6,7
7.	Adik	4	13,3
8.	Menantu	3	10
		30	100

Dari tabel 5 di atas dapat dideskripsikan bahwa jumlah responden yang mempunyai hubungan anak dengan persentasenya 33,3% dan sisanya yaitu yang

mempunyai hubungan suami istri, adik, suami, menantu, ayah, ibu, kakak, dengan pasien yang dirawat.

## 2. Data khusus

**Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat kecemasan keluarga dengan salah satu anggota keluarga dirawat di Ruang ICU RSD Sidoarjo**

No	Tingkat kecemasan	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Tidak ada kecemasan	2	6,7
2.	Kecemasan ringan	5	16,7
3.	Kecemasan sedang	13	43,3
4.	Kecemasan berat	10	33,3
5.	Kecemasan sangat berat	0	0
	Total	30	100

Dari tabel 6 di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang adalah yang terbanyak yaitu sebesar 43,3% dan tidak ada responden yang mengalami kecemasan sangat berat atau panik.

## E. PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan membahas hasil penelitian yang didapatkan dengan menganalisa, membandingkan hasil kajian dan literatur yang peneliti baca.

Berdasarkan data yang diteliti, dapat diketahui bahwa keluarga yang salah satu anggota keluarganya dirawat di ruang ICU RSD Sidoarjo hampir separuhnya mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu sebesar 43,3%. Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar tingkat pendidikan responden yaitu 40% berpendidikan SLTA. Ini membuktikan bahwa rata-rata tingkat pendidikan responden cukup tinggi sehingga mereka dapat menerima dan mencerna informasi yang diberikan perawat dengan baik. Selain tingkat pendidikan tingkat kecemasan sedang yang dialami keluarga juga dapat disebabkan oleh umur. Dari data didapatkan 53,3% responden berumur 20-30 tahun. Dimana pada umur tersebut seseorang sudah mulai matang dalam berpikir. Hal ini sesuai dengan pendapat Maramis (1990) yang menyebutkan bahwa semakin rendah umur dan pendidikan maka semakin tinggi kecemasan yang dialami seseorang.

Selain 2 hal di atas tingkat kecemasan sedang yang dialami keluarga pasien di ruang ICU dapat disebabkan oleh koping keluarga yang cukup baik, komunikasi antara tim medis termasuk perawat sudah cukup baik yaitu mengenai pemberian informasi tentang perkembangan kondisi kesehatan pasien. Serta faktor-faktor internal dari keluarga itu sendiri misalnya hubungan keluarga dengan pasien yang dirawat, juga pengalaman keluarga, apakah pernah dirawat di rumah sakit atau sering menunggu keluarga yang dirawat di rumah sakit.

Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan Nyoman Nurmiti (2001) di Seminar Keperawatan Pasien Sakit Kritis FK Unair, RSUD Dr. Soetomo tentang monitoring pasien ICU fungsi dan peran keluarga jadi tidak efektif lagi. Adapun respon keluarga tergantung dari hubungan antar anggota keluarga, karakteristik personal masing-masing, pengalaman dirawat di rumah sakit, pengalaman menghadapi stressor, mekanisme koping serta keyakinan agama, hidup dan mati.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mengalami tingkat kecemasan berat adalah sebanyak 10 orang responden (33,3%) dari seluruh jumlah responden. Pada kecemasan berat memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal

terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain (Stuart and Sundeen, 1998 : 175).

Tingkat kecemasan berat yang dialami keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU dapat disebabkan oleh hubungan responden atau keluarga dengan pasien yang dirawat di ruang ICU. Dari 30 orang responden yaitu sebesar 33,3% adalah mempunyai hubungan anak dengan pasien yang ada di dalam. Seorang anak mempunyai ikatan batin serta hubungan yang lebih erat, karena ada pertalian darah secara langsung. Seorang pasien cenderung mengingainkan anaknya saat dirawat atau sakit. Namun juga harus diperhatikan pengaturannya, jika seorang perawat mengizinkan keluarga pasien untuk masuk ke ruang ICU. Jika pasien mengingainkan untuk melihat atau dikunjungi anak-anak atau cucu dan bila anak mengingainkan untuk melihat pasien dalam unit pasien, anak-anak harus diberi penjelasan singkat dan sederhana tentang kondisi pasien dalam unit perawatan kritis (Hudak and Gallo, 1997 : 33)

## F. PENUTUP

### A. Simpulan

Sebanyak 43,3% dari 30 orang responden mengalami tingkat kecemasan sedang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan yang paling banyak dialami oleh keluarga yang salah satu anggotanya dirawat di ruang ICU RSD Sidoarjo adalah tingkat kecemasan sedang.

### B. Saran

1. Peneliti menyarankan agar peneliti selanjutnya dapat lebih memperhatikan kondisi yang dialami keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.
2. Hendaknya RS merancang ruang ICU sedemikian rupa sehingga kebutuhan psikologis pasien dan keluarga menjadi terpenuhi, seperti penunggu dilengkapi alat komunikasi (*airphone*) sehingga walaupun pengunjung tidak diperbolehkan masuk ruang ICU, pasien yang kesadarannya membaik bisa berkomunikasi dengan keluarganya dan lebih sering membuka tirai ruang ICU agar keluarga dapat melihat keadaan keluarga yang dirawat di dalam.
3. Hendaknya memberi informasi tentang segala prosedur tentang perawatan pasien di ruang ICU, informasi tentang tujuan dari segala sesuatu yang dilakukan pada pasien serta informasi tentang keadaan dan perkembangan kondisi pasien dengan cara yang jelas, bijaksana, dan hati-hati terutama jika keadaan pasien memburuk.
4. Hendaknya lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan percaya bahwa yang dilakukan staf ICU sudah sesuai prosedur dan semua untuk yang terbaik bagi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, H.A. (2003), *Metodologi Penelitian*, Jakarta : Salemba Medika
- Arikunto, S. (2002), *Prosedur Penelitian*, Ed.4. Yogyakarta : Rineka Cipta
- Carpenito, L.J, (1998), *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinik*, Ed.6, Jakarta : EGC
- Depkes RI, (1996). *Standart Pelayanan Rumah Sakit*, Cetakan 4, Jakarta.
- Effendy, Nasrul, (1998), *Keperawatan Kesehatan Keluarga*, Jakarta : EGC
- Fakultas Kedokteran Unair. (2001). *Materi Pendidikan – Pelatihan Perawatan ICU Tingkat Dasar*, Surabaya : SMF Anestesi dan Reanimasi

- Hawari, Dadang, (2001). *Stress, Cemas dan Depresi*, Jakarta : FKUI
- Hudak and Gallo. (1997). *Keperawatan Kritis :Pendekatan Holistik*, Volume I, Jakarta : EGC
- Kusuma. A. (1997). *Kedaruratan Psikiatrik Dalam Praktek*, Jakarta : Profesional Book
- Maramis. W.F. (1990), *Catatan Ilmi Kedokteran Jiwa*, Surabaya : Airlangga University Press
- M.F. Marilyn. (1999). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC
- Notoamodjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Ed. Revisi, Jakarta : Rineka Cipta
- Nurmiti, Nyoman. (2001), *Monitoring Pasien di ICU (Seminar Keperawatan Pasien Sakit Kritis)*, Surabaya : FK UNAIR RSUD dr. Soetomo
- Nursalam. (2003). *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Surabaya : Salemba Medika
- Nursalam and Pariani, Nursalam. (2002). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : Sagung Seto
- Sastroasmoro, Sudigdo. (1995). *Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta : Banu Pura Aksara
- Siti Corolus, (1998). *Kecemasan*. Jakarta : Panitia S-A Komisi
- Stuart and Sundeen. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Ed.3, Jakarta : EGC
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta : EGC