

BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Demografi

Hasil penelitian menunjukkan usia paling banyak adalah 45-55 tahun sebanyak 9 responden (30,0%). Usia paling sedikit pada penelitian ini adalah 17-25 tahun sebanyak 2 responden (6,7%). Pada penelitian ini responden berjenis kelamin laki-laki lebih sedikit yaitu 12 responden (40,0%) dibandingkan responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 18 responden (60%). Pendidikan keluarga pasien ICU paling banyak pada penelitian ini adalah SMA yaitu sebanyak 15 responden (50%) dan pendidikan paling sedikit adalah SMP/S1 yaitu 4 responden (13,3%). Responden adalah keluarga pasien yang menunggu 24 jam lebih di ICU yaitu jumlah 22 responden (73,3%) dengan penghasilan lebih dari 3 juta rupiah sebanyak 12 responden (40,0%). Hubungan keluarga antara penunggu pasien dan pasien paling banyak adalah suami yaitu sebanyak 17 responden (56,7%).

Karakteristik demografi yang tergambarkan dalam penelitian ini sesuai dengan teori dimana faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien antara lain usia, jenis kelamin, ancaman integritas diri: terpasang ventilator dan hubungan interpersonal (Suliswati, 2005).

B. Komunikasi Terapeutik Perawat

Hasil penelitian menunjukkan responden yang menyatakan perawat melakukan komunikasi terapeutik baik sejumlah 16 responden (53,3%) dan yang menyatakan perawat melakukan komunikasi terapeutik kurang baik sejumlah 14 responden (46,7). Pengukuran komunikasi terapeutik perawat dilakukan secara random dan acak sehingga tidak mengkhususkan jenis hubungan dalam keluarga dengan pasien dan dapat terlihat perbedaan-perbedaan yang signifikan dalam

setiap hubungan di dalam keluarga. Peran keluarga paling besar dalam mengasuh adalah suami atau istri pasien yaitu sejumlah 22 responden (73,3%).

Komunikasi terapeutik berhasil dilakukan pada poin pernyataan nomor 11 dan 19 yaitu perawat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata yang bisa keluarga pasien mengerti dan memberikan kesempatan keluarga dalam mengambil keputusan. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa perawat memberikan inisiatif kepada klien, mendorong untuk menyelesaikan topik yang akan dibicarakan. Kegiatan ini bernilai terapeutik bila klien menunjukkan penerimaan dan nilai dari inisiatif klien dan menjadi non terapeutik apabila perawat mendominasi interaksi dan menolak respon klien (Stuart dan Sundeen, 1995)

Komunikasi terapeutik yang kurang pada perawat ditunjukkan pada pernyataan nomor 13, 23 responden menyatakan perawat tidak pernah memanggil keluarga pasien dengan namanya. Data komunikasi tersebut menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat masih kurang. Ada perawat yang tidak menyebutkan namanya ketika pertama kali bertemu dengan pasien, hal tersebut dijelaskan pada pernyataan nomor 2, yaitu sebanyak 2 responden serta sebanyak 4 responden menyatakan ada perawat yang masih belum menjelaskan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan. Perawat masih belum mengevaluasi tentang pengetahuan keluarga, hal tersebut ditunjukkan pernyataan 7 responden pada kuesioner nomor 21. Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang berlaku dimana perawat harus memanggil klien dengan namanya, karena akan berdampak pada *chemistry* antara perawat dan klien. Tentu saja jika tercipta suatu hubungan komunikasi yang baik maka kenyamanan pasien juga akan meningkat. (Efrianti, 2014).

Komunikasi terapeutik secara keseluruhan sudah baik dengan ditunjukkan 16 (57%) responden menyatakan komunikasi terapeutik perawat adalah baik.

C. Kecemasan Keluarga

Hasil pengukuran kecemasan menunjukkan sebanyak 2 (6,7%) responden tidak mengalami kecemasan, 7 (23,3%) responden mengalami kecemasan ringan, 12 (40,0%) responden mengalami kecemasan sedang dan 9 (20%) responden mengalami kecemasan berat. Hal tersebut sesuai dengan penelitian *Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients* bahwa lebih dari 60% keluarga mengalami kecemasan ataupun mengarah ke depresi yang kuat (Kourti, 2015)

Usia 17-25 tahun yang mengalami kecemasan ringan sejumlah 1 responden dan yang mengalami kecemasan berat 1 responden. Usia 36-45 tahun yang mengalami kecemasan ringan satu responden, kecemasan sedang 4 responden dan kecemasan berat 3 responden. Usia 46-55 yang mengalami kecemasan ringan ada 2 responden, kecemasan ringan 3 responden, kecemasan sedang 3 responden dan kecemasan berat 4 responden. Usia 56-65 tahun mengalami kecemasan berat sebanyak 3 responden.

Semakin tinggi usia maka tingkat kecemasan akan meningkat, asumsi tersebut didasarkan rasionalisasi data pada usia 36-45 tahun dan 46-55 tahun memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia 56-65. Hasil tersebut berbeda dengan teori suliswati (2005) bahwa seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Masiyaroh (2015) terkait *Tingkat Kecemasan Pasien Post Operasi yang Mengalami Fraktur Ekstremitas* yang mengungkapkan semakin bertambah usia maka koping individu akan semakin baik, hal tersebut ditunjukkan tidak adanya responden pada usia dewasa akhir dan kecemasan berat terjadi pada dewasa awal yaitu 28,6% responden dari 46 responden.

Kecemasan ringan dialami oleh 3 responden laki-laki dan 4 responden berjenis kelamin perempuan. Kecemasan sedang dialami oleh masing-masing 6 responden dari yang berjenis kelamin laki-laki dan

perempuan. Kecemasan berat dialami oleh 2 responden laki-laki dan 7 responden perempuan. Dapat disimpulkan perempuan mengalami gangguan kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga pasien yang berjenis kelamin laki-laki.

Perempuan memang lebih beresiko mengalami kecemasan dibandingkan dengan laki-laki (Suliswati, 2005). Pendapat tersebut diperkuat dengan teori yang disampaikan (Creasoft, 2008) bahwa laki-laki mempunyai sifat yang lebih rileks dibandingkan dengan perempuan. Tapi terdapat satu responden laki-laki yang berusia 50-60 tahun mengalami kecemasan berat. Hal tersebut dapat terjadi karena usia pra/lansia mengalami banyak perubahan termasuk psikologinya. Dalam kasus tersebut diagnosa medis juga berpengaruh berperan pada kecemasan yang terjadi pada keluarga pasien (Suliswati, 2005).

Kecemasan lebih muncul dominan pada 22 responden (73,3%) yang menunggu keluarganya lebih dari 24 jam. Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat di rumah sakit, hal itu karena sudah terbentuk coping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik, untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut (Ellias dkk 2013).

Sejumlah 4 dari 9 keluarga pasien dengan masalah kardiovaskular memiliki kecemasan berat. Kecemasan berat juga muncul pada keluarga pasien dengan *post partum* dengan ICH, stroke, SOU dan *post thoracotomy*. Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidenya gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien. Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien, (Ellias dkk 2013).

Tanda kecemasan yang paling dominan muncul pada keluarga pasien adalah gejala kardiovaskuler seperti berdebar/denyut nadi kencang, perasaan lemas/lesu/mau pingsan. Hal tersebut ditunjukkan dengan tingginya responden yang mengalami, yaitu sebanyak 28 (93,3%) responden memilih jawaban 4 (semua gejala ada) pada pernyataan nomor 9. Kemudian diikuti oleh pernyataan nomor 2 dijawab oleh 14 responden (46,7%) yang menyatakan merasa tegang dan tidak bisa istirahat tenang. Pernyataan nomor 4 juga memiliki Persentase yang lumayan tinggi pada jawaban 3 yaitu 21 responden (70%) mengalami gangguan tidur seperti terbangun di malam hari, mimpi buruk, tidur tidak nyenyak bahkan sukar untuk tidur. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa respon fisik saat terjadi kecemasan dapat ditandai dengan nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, tremor, berkeringat, sulit tidur, dan sakit kepala (Donsu, 2017).

Sebanyak 14 responden (46,7%) menyatakan tidak adanya gejala pada pernyataan *HARS* nomor 3 yaitu perasaan ketakutan. 6 dari 30 responden juga menyatakan tidak mengalami gejala urogenital (sering buang air kecil, menjadi dingin, amenorrha, menorrhagia). Rasa sesak, menarik nafas dan rasa tertekan tidak dialami oleh 5 responden (16,7%). Hal tersebut ditunjukkan oleh jawaban pernyataan *HARS* nomor 10 dan semua responden mengalami gejala perasaan ansietas (pernyataan nomor 1 kuesioner *HARS*), gejala ketegangan (pernyataan nomor 2 kuesioner *HARS*) dan gejala kardiovaskuler (pernyataan nomor 9 kuesioner *HARS*).

D. Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien yang Terpasang Ventilator

Hubungan dukungan komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan keluarga menunjukkan komunikasi terapeutik perawat yang baik

memiliki kecemasan yang cukup tinggi pada keluarga pasien yaitu sejumlah 16 responden. Sementara komunikasi terapeutik perawat yang kurang baik memiliki kecemasan keluarga sejumlah 14 responden (lebih rendah). Hal tersebut berarti komunikasi terapeutik perawat memberikan dampak yang kurang bermakna terhadap kecemasan yang terjadi pada keluarga pasien.

Analisa statistik menggunakan *software* SPSS menunjukkan nilai *Significancy* $\rho = 0,983$ ($\rho < 0,05$) yang berarti tidak terdapat hubungan antara dukungan komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien yang terpasang ventilator di ruang ICU RSUP dr. Kariadi Semarang. Hasil tersebut tidak sesuai dengan hipotesis awal, bahwa komunikasi terapeutik memiliki hubungan dengan kecemasan keluarga pasien yang terpasang ventilator.

Tidak adanya hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien yang terpasang ventilator bisa terjadi karena – faktor-faktor yang terjadi saat komunikasi berlangsung. Hal tersebut ditunjukkan pernyataan nomor 13, 23 responden menyatakan perawat tidak pernah memanggil keluarga pasien dengan namanya. Data komunikasi tersebut menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat masih kurang. Ada perawat yang tidak menyebutkan namanya ketika pertama kali bertemu dengan pasien, hal tersebut dijelaskan pada pernyataan nomor 2, yaitu sebanyak 2 responden serta sebanyak 4 responden menyatakan ada perawat yang masih belum menjelaskan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan. Perawat masih belum mengevaluasi tentang pengetahuan keluarga, hal tersebut ditunjukkan pernyataan 7 responden pada kuesioner nomor 21. Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang berlaku dimana pada tahap pra interaksi perawat harus memanggil klien dengan namanya, karena akan berdampak pada *chemistry* antara perawat dan klien. Tentu saja jika tercipta suatu hubungan komunikasi yang baik maka kenyamanan pasien juga akan meningkat. (Efrianti, 2014).

Kondisi medis, lingkungan serta perkembangan pasien di ICU juga dapat memacu ketidakefektifan komunikasi terapeutik dalam menurunkan kecemasan. Seperti yang diketahui *Intensif Care Unit (ICU)* merupakan unit di rumah sakit yang berfungsi untuk memberikan perawatan bagi pasien kritis. Di ruang ICU terdapat peraturan kunjungan yang berbeda dengan perawatan di ruang rawat inap biasa, yaitu peraturan kunjungan ke pasien dibatasi, sehingga keluarga dapat mengalami suatu keadaan depresi, kecemasan bahkan hingga trauma setelah anggota keluarganya dirawat di ICU (Bailey, 2009). Oleh karena itu meskipun komunikasi terapeutik sudah berjalan dengan baik, akan tetapi angka kecemasan masih tinggi.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya terkait “*Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong*” dengan hasil penelitian nilai $p\text{-value}=0.001 \leq \alpha=0.05$ maka H_0 ditolak, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong. Penelitian tersebut mempunyai alur yang sama, yaitu melakukan komunikasi terapeutik pada tahap pra interaksi, interaksi dan terminasi, akan tetapi kondisi ruang HCU dan ICU memiliki karakteristik yang berbeda, tentu saja penanganan dan keparahan penyakit berbeda juga (Lohihala, 2016). Penelitian tersebut dibantah oleh penelitian *Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Unit Perawatan Kritis* dengan hasil analisis dengan menggunakan uji Spearman Rho diperoleh nilai p sebesar 0.319. Disimpulkan hipotesis nol diterima dan menolak hipotesis alternatif. Dengan demikian berarti tidak terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang anggota keluarganya di rawat di ICU RSUD Kota Salatiga (Retnaningsih, 2016).

Penelitian lain terkait komunikasi terapeutik di ruang intensif menunjukkan hasil analisa statistik value sebesar 0,000 artinya terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat dengan

tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di unit perawatan kritis Rumah Sakit Unisma. Nilai korelasi Spearman's rho (r) sebesar 0,781 menunjukkan adanya korelasi sejajar searah (positif) dan nilai hubungan tersebut menandakan kriteria hubungan yang kuat. Dalam penelitian tersebut disebutkan semakin tidak baik komunikasi terapeutik yang diberikan maka kejadian kecemasan pada keluarga klien juga meningkat (Leite, 2017).

Penelitian ini didukung oleh penelitian terkait *A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care* yang menyebutkan dukungan informasi hanya berpengaruh pada kepuasan pelayanan tidak untuk menurunkan kecemasan (Bailey et al, 2010). Secara teori juga disebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pengalaman menunggu, kondisi medis atau penyakit, akses informasi, komunikasi terapeutik, lingkungan dan fasilitas kesehatan. Dari sembilan faktor yang mempengaruhi kecemasan, komunikasi terapeutik hanya salah satu dari faktor dan masih ada delapan faktor yang mempengaruhi (Kaplan & Sadock, 1997)

Ansietas pada keluarga pasien yang menjalani perawatan di unit perawatan kritis terjadi karena adanya ancaman ketidak berdayaan kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, kegagalan membentuk pertahanan, perasaan terisolasi dan takut mati. Untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri pada klien dan keluarga dapat salah satunya dapat melalui pemberian informasi dan penjelasan (Hudak & Gallo, 1997). Pemberian informasi dan penjelasan ini dapat dilakukan dengan baik apabila didukung oleh pelaksanaan komunikasi verbal perawat yang efektif yaitu untuk menyampaikan informasi tentang keadaan pasien sesuai dengan wewenangnya. Menurut Mundakir (2006), komunikasi terapeutik tidak hanya untuk memberikan terapi pengobatan dan pemberian informasi, akan tetapi juga untuk membantu pasien dan keluarga memperjelas, mengurangi beban perasaan dan pikiran serta kecemasan yang

dialami pasien dan keluarganya serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada. Selain itu juga komunikasi terapeutik perawat dapat mempererat hubungan atau interaksi antara pasien serta keluarga dengan tenaga kesehatan (perawat).

Kesimpulan yang dapat diambil adalah benar ketika komunikasi terapeutik dapat menurunkan kecemasan ketika dilakukan dengan baik dan delapan faktor lain tidak terlalu mendominasi. Akan tetapi, komunikasi terapeutik tidak terlalu berdampak ketika delapan faktor lain yang menyebabkan kecemasan lebih mendominasi. Evaluasi perlu dilakukan karena perawatan tidak berfokus pada pasien, tetapi juga keluarga pasien.

