

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang berfokus pada kebutuhan klinis pasien dengan kurangnya memperhatikan kebutuhan keluarga (Fateel dan O'Neill, 2015). ICU merupakan tempat perawatan pasien kritis, gawat, atau yang mempunyai risiko tinggi kejadian kegawatan dengan sifat yang *reversible* (Peni, 2014). Pasien yang dirawat di ICU pada umumnya dalam keadaan mengancam jiwa (Aro et al., 2012) dan terpasang alat-alat medis dengan menunjang kebutuhan hidup untuk fungsi-fungsi vitalnya seperti *airway* (fungsi jalan napas), *breathing* (fungsi pernapasan), *circulation* (fungsi sirkulasi), *brain* (fungsi otak), dan fungsi organ lainnya (Anggani, Setyarini, dan Sutono, 2015). Dengan kondisi tersebut pasien memiliki kebutuhan selama dirawat di ICU, diantaranya: kenyamanan fisik, kebutuhan rasa aman, kebutuhan dihormati sebagai individu yang unik, dukungan emosional, kebutuhan informasi (semisal tentang asuhan keperawatan pasien), kebutuhan tentang keprivasian, kebutuhan keterlibatan keluarga dan teman, dan kebutuhan keterlibatan dalam pengambilan keputusan, agar kebutuhan pasien tetap terpenuhi maka perlunya dukungan orang lain selama pemulihannya (Aro et al., 2012).

Keluarga diperlukan untuk memberikan dukungan pada pasien di ICU karena memiliki hubungan emosional; atau telah diakui sebagai sistem yang terkait antara satu sama lain dan menandakan terdapat perubahan dari praktik

yang berpusat pada penyakit ke praktik yang secara holistik merangkul pasien (Maina et al., n.d., 2018). Keluarga berperan penting sebagai *support system* dalam proses penyembuhan pasien (Ningsih, 2017). Dukungan peran yang dapat diberikan keluarga yaitu dengan kehadiran aktif atau kedekatan dengan pasien, sebagai pelindung bagi pasien, sebagai pengambil keputusan, sebagai fasilitator, dan dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan (Fateel dan O'Neill, 2015). Sebanyak 24,4% dari 164 pasien tidak bisa mengambil keputusan terkait pengobatan dan perawatan mereka selama di ICU, 39,6% dari mereka belum berpartisipasi penuh karena mempertimbangkan kemampuan mereka, dan semakin buruk kondisi pasien maka semakin sulit untuk mengambil keputusan pengobatan (Aro et al., 2012). Didukung dengan penelitian meta analisis di *Departement of Anesthesiology and Critical Care Medicine*, George Washington University oleh Andrew A. Kamer (2014) yang melibatkan sejumlah 33.148 pasien, kematian di rumah sakit didapat sebesar 13,7% dan kematian di ICU lebih tinggi mencapai 36,5% (Suryadilaga, Arifin, Ismail, 2015).

Penelitian Maina et al., n.d., (2018) menemukan bahwa belum sepenuhnya keluarga pasien melakukan perannya, hanya 57,7% keluarga terlibat dalam aktivitas meningkatkan kesehatan pasien dengan mengetahui informasi secara general dari tim kesehatan. Disertakan juga lima alasan keluarga pasien untuk tidak berkontribusi penuh diantaranya dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang bagaimana dan waktu yang tepat dalam keikutsertaan dalam perawatan pasien (23,1%), tidak mengetahui bagaimana

cara perawatan pasien (21,2%), ketidakmampuan dalam finansial (19,2%), tidak berpengaruh jika keluarga turut berkontribusi (17,3%), dan trauma emosial (9,6%). Staf ICU merasa tidak seharusnya keluarga terlibat dalam perawatan pasien karena dapat berpengaruh negatif terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, dapat terjadinya kecelakaan, menambah penderitaan keluarga, dan posisi keluarga lebih dominan dari tenaga kesehatan yang merawat pasien (Anggani et al., 2015).

Salah satu yang menjadi penyulit keluarga melakukan perannya di ICU karena terkait kebijakan rumah sakit terhadap waktu kunjung yang kurang memadai (Anggani et al., 2015). Survey yang dilakukan Gonzalez (2004) dalam Khaleghparast, Joolae, Maleki, Peyrovi, Ghanbari, dan Bahwani (2016) di Iran terdapat 35% pengunjung lebih *prefer* terhadap jam kunjung yang hanya sekali dalam sehari, pertimbangan ini sesuai dengan salah satu pembatasan pengunjung pasien karena tidak menginginkan adanya kunjungan saat dilakukannya pemeriksaan. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa kunjungan pasien dengan kunjungan terbuka (*open visiting hours*) memberikan rasa nyaman, memberikan perlindungan dan kepuasan bagi pasien dan kelaarganya, serta meningkatkan komunikasi mereka dengan tenaga kesehatan.

Garrouste-Orgeas et al. (2016) menyatakan tiap rumah sakit memiliki kebijakan waktu kunjung pasien yang berbeda, misalnya seperti di French, hanya 23,9% rumah sakit yang menerapkan waktu kunjungan terbuka bagi pasien (*on 24-h-day*). Sama halnya dengan French, negara Itali pun membatasi sekali waktu kunjung pasien sebelum meningkatkan aksesibilitas keluarga

dengan pasien. Suatu hal yang berbeda diterapkan di Brazil, 99% ICU dengan jam kunjung fleksibel; sesuai dengan situasi. Di Indonesia, perawat di perawatan intensif merubah kebijakan kunjungan keluarga ketika kondisi pasien memburuk (96,7%), ketika keluarga komplain akan jam kunjung yang terbatas (93,3%), dan ketika pasien memiliki kebutuhan emosional (76,7%) (Anggani et al., 2015).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah PKU Yogyakarta kepada beberapa keluarga yang menunggu anggota keluarga yang sakit di ICU mengatakan bingung terhadap peran apa yang dapat dilakukan oleh keluarga karena kebijakan baru perOktober 2018 terkait jam kunjung pasien yang hanya diberi waktu 1x1 jam dalam satu hari pada pukul 16.00-17.00 WIB kecuali pada hari libur yang diberi kesempatan 2x1 jam dalam sehari yaitu pada pukul 10.00-11.00 dan 16.00-17.00 WIB. Keluarga juga mengatakan cemas dan khawatir terhadap kondisi anggota keluarga yang dirawat di ICU. Didukung dengan menggali informasi kepada perawat ICU, biasanya keluarga hanya mendoakan dan sedikit melakukan komunikasi kepada anggota keluarga pasien, serta kebutuhan dasar pasien sudah diberikan oleh perawat dan akan melibatkan keluarga untuk pemenuhan kebutuhan dasar pasien apabila kondisi pasien sudah stabil.

Perawat sebagai tenaga profesional kesehatan memiliki kesempatan yang sangat besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan dalam meningkatkan kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien (Gaeni et al., 2014). Perawat memiliki peranan penting untuk

memfasilitasi hubungan pasien dengan keluarga dan perawat dapat melibatkan keluarga dalam menentukan asuhan keperawatan pasien dan dapat mengurangi kecemasan, depresi, dan kesedihan pasien (Zali et al. 2017). Dukungan keluarga sangat berpengaruh pada peningkatan kesehatan pasien. Pengambilan keputusan dan pemberian dukungan keluarga terhadap pasien akan membutuhkan waktu yang lama ketika keluarga dalam kondisi cemas dan stres, sehingga secara tidak langsung kecemasan dapat berpindah pada pasien dan secara lebih spesifik dukungan keluarga berpengaruh dalam penurunan mortalitas, meningkatkan kesembuhan pasien, dan fungsi kognitif, fisik, dan fungsi emosional (Widiati dan Ernawati, 2017).

Berdasarkan uraian tersebut, adanya keterbatasan jam kunjung pasien dan keterlibatan keluarga yang tidak relevan yang masih menjadi perdebatan. Hasil penelitian sebelumnya lebih banyak meneliti aspek keluarga berorientasi sebagai peserta pasif (sebagai penerima perawatan) daripada sebagai peserta aktif pemberian asuhan keperawatan pasien, beberapa memandang bahwa keluarga merupakan subjek yang rentang sehingga termasuk dalam lingkup perawatan (yaitu sebagai pasien) tetapi sangat jarang sebagai individu untuk bermitra dengan tenaga profesional perawatan kesehatan (Olding et al. 2016). Berdasarkan fenomena diatas, peneliti tertarik untuk mengeksplor bagaimana peran keluarga selama proses hospitalisasi anggota keluarga di ICU.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah “bagaimana peran keluarga dalam hospitalisasi perawatan pasien kritis di ICU”.

C. Tujuan Penelitian

Mengeksplorasi peran keluarga dalam hospitalisasi perawatan pasien kritis di ICU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Profesi Keperawatan

- a. Penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perawat dalam pelayanan perawatan pasien di ICU.
- b. Penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perawat untuk memperhatikan aspek psikologis disamping meningkatkan kondisi fisik pasien.

2. Bagi Instansi

Penelitian ini dapat sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan RS terkait batasan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien kritis.

3. Bagi Keluarga

Penelitian ini sebagai masukan bagi keluarga dalam melakukan keterlibatan perawatan pasien dalam peningkatan kesehatan.

4. Bagi Pasien

Penelitian ini sebagai gambaran bahwa peran keluarga dalam keterlibatan perawatan dapat meningkatkan secara optimal dalam peningkatan kesehatan pasien.

E. Penelitian Terkait

- a. Penelitian Widiati dan Anggani et. al. (2015) dengan judul “Peran Keluarga dalam Perawatan Pasien Kritis di Instalasi rawat Intensif (IRI) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Tujuan dari penelitian tersebut adalah mengidentifikasi peran keluarga sebagai pelindung, fasilitator dan penyedia informasi, pemberi dukungan spiritual, dan pembuat keputusan dalam perawatan pasien kritis di ICU. Penelitian ini dilakukan dengan metode pengumpulan data kuantitatif. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah Keluarga dapat melakukan perannya ketika berkesempatan untuk mengunjungi pasien, baik pada saat jam kunjung maupun diluar jam kunjung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga berperan sebagai pembuat keputusan ($19,33 \pm 2,16$; $R=0,22$), fasilitator dan penyedia informasi ($11,79 \pm 3,19$; $R=16$), pemberi dukungan spiritual ($7,67 \pm 1,74$; $R=0-18$), pelindung ($4,54 \pm 1,77$; $0-8$), caregiver. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama meneliti terkait dukungan atau keterlibatan peran keluarga di ruang ICU. Perbedaan dengan penelitian ini terdapat pada populasi yang diteliti variabel yang diteliti, dan metode penelitian yang akan digunakan.

- b. Penelitian Fateel dan O'Neill (2015) dengan judul "*Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study*". Metode peneliti yang digunakan adalah kualitatif eksploratif deskriptif dengan wawancara kelompok fokus dilakukan menggunakan 6 anggota keluarga pasien dan enam perawat dari 2 ICU Rumah Sakit di Bahrain. Tujuan penelitian adalah untuk menggambarkan perpektif perawatan dan anggota keluarga dalam pengalaman keterlibatan keluarga dalam perawatan. Hasil temuan yang diperoleh adalah perawat kritis enggan untuk melibatkan keluarga dalam perawatan, terlepas dari fakta bahwa pada umumnya anggota kelaurga bersedia untuk berpartisipasi dalam proses perawatan. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama meneliti terkait dukungan atau keterlibatan peran keluarga di ruang ICU. Perbedaan dengan penelitian ini terdapat pada populasi yang diteliti variabel yang diteliti, dan metode penelitian yang akan digunakan.
- c. Penelitian oleh De beer dan Brysiewicz (2017) dengan Judul "*The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa*". Tujuan penelitian tersebut adalah mengeksplorasi makna perawatankelaurga dalam konteks Afrika Selatan. Dengan metode penelitian pendekatan kualitatif dan desain penelitan oleh grounded theory Strauss and Corbin (1990) didapat hasil dari penelitian tersebut yaitu perawtan keluarga dikonseptualisasikan sebagai

kebersamaan, kemitraan, rasa hormat, dan martabat serta selama keadaan kritis, keluarga pasien mendapatkan peranan penting dalam berkomunikasi atau membuat keputusan. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama meneliti terkait dukungan atau keterlibatan peran keluarga di ruang ICU. Perbedaan dengan penelitian ini terdapat pada populasi yang diteliti variabel yang diteliti, dan metode penelitian yang akan digunakan.