

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Keluarga

##### 1. Definisi Keluarga

Makna keluarga memunculkan gambaran-gambaran yang berbeda tiap individu dan kelompok. Definisi keluarga menurut disiplin ilmu diantaranya (Kaakinen et al., 2010):

Aspek	Definisi
a. Legal	Hubungan melalui ikatan darah, adopsi, perwalian, atau pernikahan.
b. Biologis	Jaringan biologis genetik diantara manusia.
c. Sosiologis.	Kelompok orang yang hidup bersama dengan atau tanpa ikatan biologis dan hukum.
d. Psikologis	Kelompok dengan ikatan emosional yang kuat.

Tabel 1. Definisi Keluarga

Mengambil dari para ilmuwan terdahulu, mendefinisikan keluarga sebagai kelompok yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, yang merupakan satu kesatuan rumah tangga: seperti berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing (Kaakinen et al., 2010). Kaakinen et al. (2018) menuturkan definisi tersebut tidak menyertakan banyak kelompok berbeda yang menganggap mereka menjadi keluarga atau menjalankan fungsi keluarga seperti fungsi ekonomi, reproduktif, dan juga sosialisasi anak. Berdasarkan hal tersebut dapat dinyatakan definisi keluarga adalah pasangan yang menikah dengan adanya anak secara biologis atau adopsi, hidup bersama dengan jenis

kelamin yang sama (gay dan lesbian), orang tua tunggal dengan anak, pertalian keluarga seperti dua saudara perempuan tinggal bersama atau kakek-nenek yang membersarkan cucu tanpa orang tuanya (Kaakinen, 2018). Menurut Ostergard (2014) keluarga merupakan sekelompok individu yang terikat dalam ikatan emosional yang kuat, terdapat rasa memiliki, dan memiliki keinginan untuk terlibat dalam kehidupan satu sama lain.

Dalam suatu keluarga memiliki struktur yang didefinisikan oleh Denham (2005) dalam Kaakinen (2010) sebagai himpunan hubungan yang diatur dalam keluarga dan antar keluarga dengan lingkungan sosialnya. Tak luput dari perubahan siklus kehidupan, struktur dan pola interaksi keluarga akan mengalami modifikasi sesuai alurnya seperti jika terjadi perpisahan, perceraian, dan kematian (Ningsih, 2017).

Berikut adalah macam-macam dari bentuk keluarga menurut Kaakinen (2010):

<b>Bentuk Keluarga</b>	<b>Komposisi</b>
<i>Nuclear Dyad</i>	Keluarga inti terdiri dari pasangan suami istri dan tidak ada anak
<i>Nuclear</i>	Keluarga inti terdiri dari suami, istri, dan anak (dapat legal atau tidak legal dalam ikatan pernikahan)
<i>Binuclear</i>	Keluarga terdiri dari dua keluarga pasca perceraian dengan anak sebagai anggota dari keduanya
<i>Extended</i>	Keluarga inti beserta kerabat yang terikat hubungan darah.
<i>Blended</i>	Keluarga terdiri dari suami, istri, dan anak dari hubungan sebelumnya.
<i>Single Parent</i>	Terdiri dari satu orang tua dan anak
<i>Commue</i>	Terdiri dari sekelompok pria, wanita, dan anak.
<i>Cohabitation (domestic partners)</i>	Terdiri dari laki-laki dan perempuan yang tidak menikah sharing tentang kehidupan rumah tangga
<i>Homosexual</i>	Terdiri dari pasangan sesama <i>gender</i>
<i>Single person (adult)</i>	Terdiri dari satu orang dalam rumah tangga

Tabel 2. Bentuk Keluarga

Dapat disimpulkan bahwa keluarga mengacu pada dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain dalam dukungan fisik, emosional, ekonomi, dan psikososial.

## 2. Fungsi Keluarga dalam Perawatan Kesehatan

Fungsi keluarga merupakan akibat dari struktur keluarga dan sebagai proses individu dan kooperatif yang secara dinamis melibatkan satu sama lain dan lingkungan yang beragam selama perjalanan hidup (Kaakinen et al., 2010). Fungsi dasar keluarga yaitu untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan kebutuhan masyarakat yang lebih luas (Friedman, Bowden, dan Jones, 2002). Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan merupakan satu dari lima fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan) yang menyebabkan pemberian kebutuhan fisik; seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan (Friedman et al., 2002).

Kaakinen et al., (2018) menuturkan bahwa keluarga merupakan sistem utama dimana individu belajar bagaimana menjaga kesehatan, melindungi kesehatan, dan memulihkan kesehatan. Tanggung jawab primer keluarga untuk memulai dan mengkoordinasikan layanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, seperti kapan harus mencari perawatan kesehatan dan apakah akan mengikuti atau mengabaikan pilihan perawatan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup berbagai aspek kehidupan, diantaranya perbedaan tentang konsep sehat dan sakit, dan sering kali hal tersebut tidak didiskusikan dalam keluarga sampai timbul

masalah (Kaakinen et al., 2018). Hal lain yang menyebabkan keragaman dalam praktik perawatan adalah dengan keyakinan kesehatan terkait pencarian perawatan kesehatan dan mengikuti tindakan perawatan kesehatan (Friedman et al., 2002). Keluarga yang efektif mencari layanan kesehatan dan mengaplikasikan gaya hidup yang sejahtera dengan cara mereka adalah “keluarga kuat” yaitu keluarga yang mampu secara asertif dalam mencari dan memverifikasi informasi yang didapat, membuat keputusan yang berbeda, dan menegosiasikan dengan baik dengan sistem pelayanan kesehatan, tidak hanya dengan menerima dan mematuhi secara pasif (Friedman et al., 2002).

### 3. Peran Keluarga

Peran merupakan pola atau serangkaian perilaku yang diharapkan terkait dengan posisi atau status tertentu (Kaakinen, 2018). Ketika terdapat anggota keluarga dalam keadaan sakit (terlebih sakit kronis) maka terjadi ketidakseimbangan peran dalam keluarganya. Menurut (Olding et al., 2016) dalam lingkungan area kritis keluarga memiliki beberapa peran diantaranya; keterlibatan dalam kehadiran, keterlibatan menerima serta berkontribusi dalam perawatan dan memenuhi kebutuhan pasien, keterlibatan dalam mengkomunikasikan dan menerima informasi, dan keterlibatan sebagai pengambilan keputusan.

#### a. Keterlibatan dalam kehadiran

Cypress dan Frederickson (2017) dan Olding et al., (2014) berpendapat kehadiran dan partisipasi dari seorang pendukung

(keluarga atau kerabat) memberikan keamanan perawatan dan kepuasan pasien dan keluarga. Hal ini berlaku terutama di ICU, dimana kondisi pasien diintubasi dan tidak dapat mengungkapkan pendapatnya secara mandiri. Menyediakan dukungan emosional, perasaan aman, dan kenyamanan merupakan upaya untuk membangun perlindungan dan menghargai integritas pasien. Dukungan semacam itu dapat meningkatkan komunikasi, memfasilitasi pemahaman tentang pasien yang lebih baik, melibatkan keluarga dalam perawatan, dan memajukan perawatan pasien. Hal tersebut juga dapat membantu keluarga dalam masa transisi untuk menerima, bertahan, dan beradaptasi secara positif dan mampu menghadapi keadaan yang dialaminya.

b. Keterlibatan menerima perawatan dan memenuhi kebutuhan pasien.

Para peneliti keperawatan kritis menggambarkan identifikasi kepuasan, dan kebutuhan keluarga sebagai persyaratan kemitraan yang efektif antara keluarga dan penyedia layanan perawatan kesehatan (Olding et al., 2016). Hanya sedikit dari anggota keluarga yang mengerti sepenuhnya tentang diagnosis, prognosis, dan perawatan pasien kritis. Mayoritas diinformasikan sebagian dan hanya menerima informasi umum mengenai perawatan dan prognosis pasien (Maina et al., 2018).

Anggota keluarga pasien kritis direpresentasikan dalam literatur sebagai penerima perawatan dengan kebutuhan fisik,

psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Olding et al., 2016). Anggota keluarga dapat berpartisipasi untuk memenuhi kebutuhan fisik pasien kritis selama perawatan seperti: *bathing* (mandi), *dressing* (berpakaian), memberi makan, menemani pasien saat prosedur perawatan, memberikan obat, dan perawatan mulut pasien (Maina et al., 2018). Depresi, cemas, dan stres sering dialami oleh pasien kritis pada saat hospitalisasi. *British Medical Association* (BMA) (2011) menyatakan bahwa keluarga dapat berperan dalam memberikan dukungan psikologis atau psikososial pada pasien dengan berinteraksi dan menghibur melalui humor sederhana. Hal tersebut menunjukkan kesempatan pasien untuk melupakan kecemasan dan nyeri yang dialaminya. Selain itu, keluarga dapat menceritakan (*storytelling*) kisah atau peristiwa yang disukai pasien dengan menyampaikan pesan-pesan tersirat merupakan training untuk mengurangi depresi pada pasien dan membangun ikatan emosional keluarga dengan pasien (BMA, 2011).

c. Keterlibatan dalam mengkomunikasikan dan menerima informasi

Menurut Frivold et al. (2015) dalam proses mendapatkan informasi, banyak ketidakpastian dan kekhawatiran yang dialami oleh keluarga mengenai kondisi dan prognosis pasien. Keluarga mengharapkan dokter memberikan informasi tetapi terhalang dengan waktu percakapan yang terbatas karena kesibukan dokter dan sering menggunakan istilah-istilah tertentu sehingga keluarga

sulit memahami informasi yang disampaikan. Seding mungkin dalam prosesnya, keluarga ingin mengetahui detail terkait apa yang terjadi pada pasien. Menerima informasi tentang orang yang mereka cintai menerima perawatan yang optimal melebihi kebutuhan perawatan diri keluarga pasien.

Wong et al. (2015) berpendapat bahwa setiap keluarga bervariasi dalam kebutuhan akan informasi tentang masa depan terkait perawatan anggota keluarganya yang sakit. Beberapa keluarga menganggap informasi tentang apa yang diharapkan dimasa depan adalah penting, namun bagi yang lain menganggap ini adalah hal yang biasa terjadi dan mudah untuk mengatasinya. Dalam penelitiannya, keluarga menggunakan berbagai strategi termasuk mengajukan pertanyaan kepada tenaga kesehatan yang bertugas, serta menggali informasi secara tidak langsung seperti mendengarkan informasi secara diam-diam di lingkungan tempat pasiendirawat, dan mengambil atau menggunakan isyarat dan petunjuk yang ada untuk mengumpulkan informasi.

d. Keterlibatan sebagai pengambilan keputusan.

Selama pasien dirawat di ICU, anggota keluarga bertanggung jawab atas pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk pilihan pengobatan dan perawatan terapeutik pada pasien (Olding et al., 2016). Menurut Gill et al., (2016) kemampuan keluarga dalam membuat keputusan tentang

perawatan pasien dipengaruhi oleh keyakinan yang didapat dan dukungan yang diterima. Keluarga yang mendapatkan informasi dan dukungan yang adekuat mengindikasikan kepercayaan diri mereka terhadap pengambilan keputusan, sehingga mereka yang sulit mempercayai pemberi informasi atau tenaga kesehatan sering tidak yakin akan keputusan mereka. Selain itu, waktu, tempat, dan bagaimana cara berbagi informasi merupakan faktor penting dalam pengambilan keputusan.

#### 4. Faktor yang mempengaruhi peran keluarga

Beberapa faktor yang mempengaruhi peran keluarga ketika salah satu anggota sakit dengan keadaan kritis disebabkan oleh:

##### a. Perasaan Cemas dan Takut

Neves et, al (2018) menuturkan bahwa bersentuhan dengan kemungkinan kematian, sering muncul perasaan seperti rasa takut dan merasa tidak aman yang tidak terorganisir oleh anggota keluarga. Studi Internasional terkait hospitalisasi pasien kritis dan keluarga dapat menimbulkan gejala ketidakseimbangan psikologis yang menyebabkan stres, depresi, dan kecemasan setelah keluar dari perawatan intensif bahkan setelah pulang dari rumah sakit. Reaksi keluarga terhadap hospitalisasi pasien kritis di ICU diwakili oleh rasa takut keputusasaan, dan merasa tidak berguna ketika mereka tidak dapat menjalin kontak dengan pasien. Perasaan cemas dan takut oleh keluarga pasien dapat ditilik dari perilaku mereka seperti

mereka sering menanyakan hal yang sama tentang keadaan pasien ke orang yang berbeda, gelisah, dan ekspresi wajah tampak tegang bahkan marah (Ningsih, 2017).

b. Perasaan Sedih dan Frustrasi

Perasaan sedih muncul ketika mendapatkan kabar bahwa tidak ada harapan lagi untuk pasien akan kesembuhannya dengan keluarga menunjukkan perilaku isolasi terhadap keadaan sekitar dan bahkan menunjukkan perilaku tidak kooperatif dengan tenaga kesehatan. Seiring lama hospitalisasi pasien dalam perawatan intensif yang tidak menunjukkan peningkatan keadaan pasien dengan ketidakadekuatan coping psikologis yang diterima dan diterapkan keluarga pasien sehingga putus asa, depresi, atau bahkan frustrasi sering dirasakan oleh keluarga dan menginginkan pasien pulang paksa (Ningsih, 2017).

c. Keadaan Lingkungan ICU

Lingkungan dalam pelayanan perawatan intensive terdapat berbagai macam peralatan canggih yang digunakan untuk menunjang hidup pasien. Pasien kritis tentunya membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk diantaranya tenaga kesehatan yang memiliki dasar pengetahuan dan keterampilan ahli dalam perawatan intensif (Suryadilaga et al., 2015). Oleh karena itu terdapat keterbatasan

keterlibatan keluarga dalam hal perawatan kritis pasien agar perawatan yang diberikan optimal.

Perubahan lingkungan dan terkait aturan ruangan perawatan kritis tentang kebijakan waktu kunjungan yang terbatas merupakan sumber stres yang dapat memicu berbagai gejala psikologis negatif pada keluarga (Farhan, Ibrahim, dan Sriati, 2014). Lingkungan perawatan intensif mencakup petugas kesehatan lainnya. Sikap yang diberikan oleh petugas kesehatan membuat keadaan kurang nyaman bagi anggota keluarga maupun pasien sehingga tidak terfasilitasi informasi yang lengkap dan dapat mempengaruhi peran keluarga selama di ICU (Ningsih, 2017).

## **B. Hospitalisasi**

### **1. Definisi Hospitalisasi**

Hospitalisasi atau tinggal dirumah sakit adalah suatu keadaan dimana seseorang diharuskan menetap di rumah sakit dalam keadaan yang terencana ataupun darurat dengan kondisi krisis atau sakit secara fisik maupun psikologis untuk menjalani terapi dan perawatan kesehatan sampai dipulangkan kembali ke rumah (Hulinggi et al., 2018). Hospitalisasi pasien kritis dapat menimbulkan stresor yang dapat menyebabkan gangguan dan emosi tingkah laku sehingga dapat mempengaruhi proses peningkatan kesehatan pasien selama di rumah sakit (Ningsih, 2017).

### **2. Dampak Hospitalisasi Pasien Kritis Bagi Keluarga**

Ruang ICU dengan desain ruangan dan sarana khusus, dipenuhi dengan teknologi canggih dan mahal, serta pelayanan dilakukan oleh tenaga profesional dan berpengalaman. Pengalaman hospitalisasi yang penuh dengan perilaku koping yang terbatas dan perubahan status kesehatan sehingga dapat menimbulkan trauma dan dukungan berdasarkan sikap keluarga, kerabat, dan tenaga kesehatan. Secara umum, dampak hospitalisasi pasien kritis di ICU terhadap keluarga meliputi beberapa aspek, yaitu:

a. Perubahan peran

Peran dalam “Kamus Besar Bahasa Indonesia” mempunyai arti pemain sandiwara, atau perangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan. Peran merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (status). Seseorang dapat dikatakan tidak menjalankan peran manakala ketika orang tersebut tidak menjalankan hak dan kewajibannya yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari status yang disandangnya. Sejalan dengan keadaan salah satu anggota keluarga apabila mengalami sakit maka perubahan peran akan terjadi dalam keluarganya.

b. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup sering kali dialami oleh pasien ketika dirawat di rumah sakit. Hal ini terjadi karena perubahan kesehatan pasien, perbedaan situasi antara lingkungan rumah pasien dengan lingkungan rumah sakit tempat pasien dirawat. Aktivitas yang

dilakukan pasien saat di tempat tinggal pasien dengan di rumah sakit pun berbeda, terlebih jika pasien tersebut adalah seorang guru, pejabat, dan lain-lain.

### **C. Pasien Kritis**

#### 1. Definisi Pasien Kritis

AACN (*American Association of Critical Nursing*) mendefinisikan pasien kritis sebagai pasien yang berisiko tinggi untuk masalah kesehatannya ataupun berpotensi mengancam jiwa. Menurut Kemenkes RI (2011) pasien kritis merupakan pasien yang memerlukan intervensi medis serta pengawasan kontinyu dan tindakan yang segera untuk mencegah timbulnya dekomposisi fisiologis.

#### 2. Karakter Pasien Kritis

Menurut AACN dalam Nurcahya (2015) sebagai berikut:

- a. Pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, perawatan nafas yang terkoordinasi dan berkelanjutan, sehingga memerlukan perhatian yang teliti agar dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan titrasi terapi.
- b. Pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekomposisi fisiologis dan karena itu memerlukan pemantauan konstan dan kemampuan tim perawatan intensive dalam melakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyakit yang merugikan.
- c. Pasien sakit kritis membutuhkan pemantauan dan tunjangan hidup khusus yang harus dilakukan oleh suatu tim, termasuk diantaranya

dokter yang mempunyai dasar pengetahuan keterampilan teknis komitmen waktu dan secara fisik selalu berada di tempat untuk melakukan perawatan titrasi dan berkelanjutan. Perawatan ini harus berkelanjutan dan bersifat proaktif yang menjamin pasien di kelola dengan cara yang aman, manusiawi dan efektif.

### 3. Prioritas Pasien Kritis

Prioritas pasien kritis menurut Nurcahya (2015) dan Gunawan et.

al. (2015) sebagai berikut:

<b>Prio- ritas</b>	<b>Deskripsi</b>	<b>Contoh</b>
1	Keadaan pasien tidak stabil yang membutuhkan perawatan intensif dan pemantauan yang tidak dapat disediakan selain di CCU ( <i>Critical Care Unit</i> ). Dukungan perawatan yang diberikan seperti memasang ventilator, infus obat vasoaktif, dan pengobatan lain yang secara kontinyu.	Pasien dengan kegagalan pernafasan akut. Pasien hemodinamis yang tidak stabil.
2	Pasien kritis dengan diperlukan pemantauan intensif dan memberikan intervensi sesegera mungkin.	Pasien dengan kondisi kronis yang dapat mengembangkan penyakit parah yang berpotensi ( <i>reversible</i> ) pulih kembaliseperti penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal, atau pasien yang mengalami pembedahan mayor.
3	Pasien kritis dengan status kesehatan yang tidak stabil dan kemungkinan pemulihan yang berkurang karena penyakit yang mendasari atau sifat penyakit akut mereka.	Pasien dengan keganasan metastatik yang rumit oleh infeksi atau hambatan saluran napas.

Prioritas	Deskripsi	Contoh
4	Pasien yang tidak layak masuk ICU yaitu pasien yang “terlalu baik” (1) atau “terlalu buruk” (2) untuk mendapatkan perawatan kritis.	<p>1. Pasien dengan kebutuhan tingkat rendah yang dapat dirawat di bangsal dengan dukungan; seperti gagal jantung kongestif ringan, overdosis obat yang stabil (kondisi pasien masih sadar).</p> <p>2. Paten dengan penyakit <i>irreversibel terminal</i> seperti kanker metastasis yang tidak responsif, atau keadaan vegetatif yang persisten.</p>

Tabel 3. Prioritas Pasien Kritis

#### D. Intensive Care Unit (ICU)

Intensive Care Unit (ICU) merupakan suatu bagian dari rumah sakit dengan staf dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang mengalami sakit atau potensial mengancam nyawa (Suryadilaga, 2015). ICU menyelenggarakan pelayanannya dibagi menjadi beberapa klasifikasi pelayanan, diantaranya:

1. Pelayanan ICU primer (pada rumah sakit Kelas C)
2. Pelayanan ICU sekunder (pada rumah sakit Kelas B)
3. Pelayanan ICU sekunder (pada rumah sakit Kelas A)

Menurut Kementerian Kesehatan tahun 2010, klasifikasi ICU ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana, serta peralatan dan kemampuan pelayanan.

No	Jenis Tenaga	Strata/Klasifikasi Pelayanan		
		Primer	Sekunder	Tersier
1.	Kepala ICU	- Dokter spesialis Anestesiologi  - Dokter spesialis lain yang terlatih ICU (jika belum ada dokter spesialis anestesiologi)	- Dokter intensivis  - Dokter spesialis anestesiologi (jika belum ada dokter intensivis)	Dokter intensivis
2.	Tim Medis	- Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan)  - Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	- Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan)  - Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS	- Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan)  - Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
3.	Perawat	Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU
4.	Tenaga non Kesehatan	-Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi.  - Tenaga pekarya  -Tenaga kebersihan.	-Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi.  - Tenaga pekarya  -Tenaga kebersihan.	- Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi.  -Tenaga laboratorium. - Tenaga kefarmasian - Tenaga pekarya - Tenaga kebersihan -Tenaga rekam medik -Tenaga untuk kepentingan ilmiah

Tabel 4. Ketenagaan ICU

<b>Desain</b>	<b>ICU Primer</b>	<b>ICU Sekunder</b>	<b>ICU Tersier</b>
Area Pasien :Unit terbuka 12-16 m2	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur
Unit tertutup 16-20 m2	1 tempat cuci tangantiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangantiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangantiap 1 tempat tidur
Outlet oksigenVakumStop kontak	1 - 2 / tempat tidur	1 - 2 / tempat tidur	3 / tempat tidur3 / tempat tidur16/ tempat tidu
<b>Area Kerja</b>			
Lingkungan	Air Conditioned	Air Conditioned	Air Conditioned
Suhu	23-25oC	23-25oC	23-25oC
Humaditas	50-70%	50-70%	50-70%
Ruangan Isolasi	-	+	+
Ruang Penyimpanan peralatan dan barang bersih	-	+	+
Ruang tempat buang kotoran	-	+	+
Ruang perawat	+	+	+
Ruang staf dokter	-	+	+
Ruang tunggu keluarga pasien	-	+	+
Laboratorium	Terpusat	24 jam	24 jam

Tabel 5. Berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU.

<b>Peralatan</b>	<b>ICU Primer</b>	<b>ICU Sekunder</b>	<b>ICU Tersier</b>
Ventilasi Mekanik	+	+	+
Alat Hisap	+	+	+
Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan napas	+	+	+
Peralatan akses vaskuler	+	+	+
Peralatan monitor:			
1. Invasif			
-Monitor tekanan darah invasif	-	+	+
-Tekanan vena sentral.	+	+	+
-Tekanan baji a. Pulmonalis (SwanGanz)	-		

<b>Peralatan</b>	<b>ICU Primer</b>	<b>ICU Sekunder</b>	<b>ICU Tersier</b>
2. Non-invasif			
-Tekanan darah	+	+	+
-EKG dan laju jantung	+	+	+
-Saturasi oksigen (pulse oxymeter)	+	+	+
-Kapnogra	-	+	+
Suhu	+	+	+
EEG	-	+	+
Defibrolator dan alat pacu jantung	+	+	+
Alat pengatur suhu pasien	+	+	+
Peralatan drain toraks	+	+	+
Pompa infus dan pompa syringe	-	+	+
Bronchoscopy	-	+	+
Echocardiografi	-	+	+
Peralatan portable untuk transportasi	+	+	+
Tempat tidur khusus	+	+	+
Lampu untuk tindakan	+	+	+
Hemodialisis	-	+	+
CRRT	-	+	+

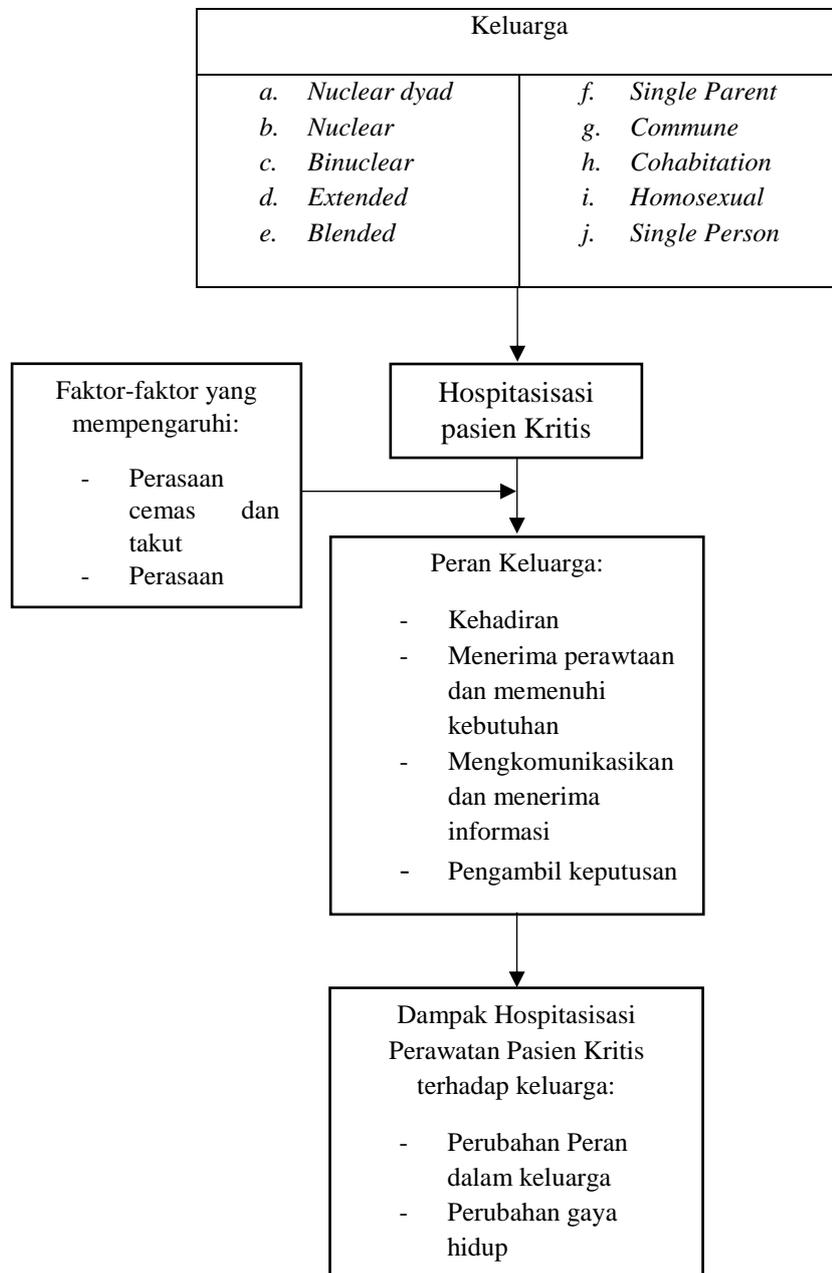
Tabel 6. Peralatan berdasarkan klasifikasi Pelayanan

<b>No</b>	<b>Kemampuan Pelayanan</b>		
	<b>ICU Primer</b>	<b>ICU Sekunder</b>	<b>ICU Tersier</b>
1	Resusitasi jantung paru.	Resusitasi jantung paru.	Resusitasi jantung paru.
2	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik
3	Terapi oksigen	Terapi oksigen	Terapi oksigen
4	Pemasangan kateter vena sentral.	Pemasangan kateter vena sentral dan arteri.	Pemasangan kateter vena sentral, arteri, Swan Ganz dan ICP monitor
5	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif.	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif.	Pemantauan EKG, pulsoksimetri, tekanan darah non invasif dan invasif, Swan Ganz dan ICP serta ECHO Monitor.

No	Kemampuan Pelayanan		
	ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
6	Pelaksanaan terapisecara titrasi.	Pelaksanaan terapisecara titrasi.	Pelaksanaan terapisecara titrasi.
7	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral.
8	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
9	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
10	Kemampuan melakukan fisioterapi dada.	Melakukan fisioterapi dada.	Melakukan fisioterapi dada.
11	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12	-	Melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu	Melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu

Tabel 7. Kemampuan Pelayanan ICU

## E. Kerangka Teori



**Tabel 1.** Friedman (2010), Kaakinan (2017), Neves et. al (2018), Ningsih (2017), Nurcahya (2015), Ostergard (2014),

**F. Pertanyaan Penelitian**

“Bagaimana peran keluarga dalam hospitalisasi perawatan pasien kritis di ICU?”