

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Definisi keluarga menurut Ali, Zaidin (2010) yaitu bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang memiliki hubungan intim antar anggota keluarga, terorganisasi oleh kepala keluarga yang saling berhubungan dan bergantung satu dengan yang lain. Keluarga terdiri dari 2 orang atau lebih yang setiap anggotanya memiliki tugas dan fungsi masing-masing, serta memiliki hak otonomi dalam mengatur keluarganya. Setiap anggota keluarga memiliki keunikan, nilai dan norma masing-masing yang didasarkan pada kebudayaan yang diyakini.

Keluarga merupakan bagian terkecil dari suatu masyarakat, dimana memiliki peran yang dapat mempengaruhi kehidupan masyarakat. Keluarga yang memiliki hubungan erat antar anggotanya akan terlihat

dimasyarakat. Hal ini menjadikan suatu keluarga dapat diperhitungkan keberadaannya (Friedman, 2010).

2. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman, (2010) adalah:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan hubungan sosial yang positif berhubungan dengan hasil kesehatan yang lebih baik, umur panjang, dan penurunan tingkat stres. Sebaliknya, kehidupan keluarga juga dapat menimbulkan stres dan coping disfungsional dengan akibat yang dapat mengganggu kesehatan fisik (misal tidur, tekanan darah tinggi, penurunan respon imun).

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan atau perubahan yang terjadi atau dialami seseorang sebagai hasil dari interaksi dan pembelajaran peran sosial. Tempat individu bersosialisasi untuk pertama kalinya yaitu

keluarga dan dalam fungsi ini dimulai dari sejak lahir.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan fungsi dimana keluarga berperan untuk meneruskan keturunan serta menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, seperti makanan, pakaian, perumahan, dan lain-lain.

e. Fungsi perawatan keluarga

Fungsi untuk menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan asuhan kesehatan/keperawatan. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga dan individu.

3. Struktur Peran Keluarga

Peran merupakan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan sifat maupun kegiatan individu. Setiap keluarga memiliki peran masing-masing diantaranya ayah sebagai pemimpin dari sebuah keluarga dan sebagai pemberi rasa aman serta nyaman kepada anggotanya. Peran ibu sebagai pengurus, pengasuh dan pelindung keluarga serta sebagai anggota masyarakat. Anak memiliki peran sebagai pelaku psikososial yang sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual (Zaidin Ali, 2010).

4. Interaksi antara Sehat - Sakit dan Keluarga

Kondisi sehat atau sakit pada anggota keluarga akan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Terdapat 6 tahap interaksi antara sehat atau sakit dan keluarga menurut Friedman dalam Ali, Zaidin (2010) diantaranya:

a. Tahap pencegahan sakit dan penurunan resiko

Keluarga memiliki peran terpenting dalam peningkatan dan penurunan resiko kesehatan. Hal ini dapat dilihat ketika keluarga berusaha mengubah gaya hidup yang kurang sehat menjadi ke arah yang lebih sehat (mengatur pola makan yang sehat).

b. Tahap gejala penyakit yang dialami oleh keluarga

Keluarga berperan dalam hal menginterpretasikan keparahan, penyebab dan kegawatannya pada saat terjadinya gejala.

c. Tahap mencari perawatan

Pada tahap ini keluarga telah menyatakan sejauh mana anggota keluarganya mengalami sakit dan membutuhkan pertolongan. Langkah pertama yang dilakukan adalah mencari informasi terkait penyembuhan, baik dari keluarga besar maupun dari tenaga kesehatan lain. Setelah informasi dirasa cukup, keluarga mulai melakukan

perundingan untuk mencari perawatan yang terbaik untuk menangani anggota keluarga yang sakit.

d. Tahap kontak keluarga dengan institusi kesehatan

Keluarga dalam tahap ini telah mengambil keputusan untuk mencari perawatan bagi anggota keluarganya. Keputusan yang diambil akan sesuai dengan tingkat kemampuan keluarga dalam pencapaiannya, misal kontak dengan institusi kesehatan baik profesional (puskesmas, rumah sakit) atau nonprofessional (dukun, paranormal).

e. Tahap respon sakit terhadap keluarga

Pasien dalam tahap ini menerima perawatan kesehatan dan akan menyerahkan hak serta keputusannya pada orang lain yang dipercaya dalam perawatannya. Pada tahap ini anggota keluarga yang sakit memiliki peran baru sebagai pasien yang mana pasien akan mengikuti saran dari tenaga profesional yang merawatnya.

Dengan demikian, terjadi respon dari keluarga maupun pasien terhadap perubahan peran tersebut.

f. Tahap adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan

Adanya anggota keluarga yang mengalami sakit yang serius dan kronis akan berpengaruh secara mendalam pada sistem keluarga tersebut. Pengaruh terbesar terjadi pada bagian peran dan pelaksanaan fungsi dari keluarga. Adaptasi atau penyesuaian harus dilakukan oleh keluarga maupun pasien untuk mengatasi kondisi ini. Besarnya adaptasi disesuaikan dengan keseriusan penyakit dan sentralitas pasien dalam unit keluarga.

5. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Nursalam (2015) menyatakan bahwa terdapat 5 tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarganya, mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan,

memodifikasi lingkungan yang sehat untuk menjamin kesehatan keluarga, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan disekitar.

6. Peran Keluarga dalam Proses Keperawatan

Menurut Ali, Zaidin (2010) terdapat 3 tingkatan peran keluarga dalam praktik keperawatan, yaitu:

a. Tingkat 1 : Keluarga sebagai konteks

Pada tingkat ini, keluarga akan dikonseptualisasikan sebagai suatu bagian keluarga yang dipandang suatu konteks bagi pasien. Keluarga dalam hal ini sebagai kelompok primer yang paling penting yang digambarkan sebagai stressor maupun sumber bagi pasien mengenai pengkajian interaksi.

b. Tingkat II : Keluarga sebagai kumpulan dari anggota keluarga

Pada proses keperawatan, ditingkat II keluarga dipandang sebagai kumpulan individu dari anggota keluarga. Keluarga dikatakan sebagai

bagian dari proses keperawatan apabila keluarga mendapatkan perawatan. Saat ini, terdapat upaya untuk melihat keluarga sebagai fokus keperawatan, bukan hanya sebagai kumpulan keluarga yang dipaparkan sebelumnya.

c. Tingkat III : Keluarga sebagai klien

Keluarga sebagai klien yang dimaksud adalah keluarga merupakan fokus utama dalam pengkajian keperawatan. Pada tahap ini keluarga dipandang sebagai system yang berinteraksi dan fokusnya adalah dinamika serta hubungan internal antar keluarga, struktur dan fungsi keluarga, serta saling ketergantungan subsistem keluarga dengan kesehatan dan lingkungannya. Fokus dalam tahap ini yaitu hubungan antara penyakit dan individu dalam keluarga dimasukkan kedalam rencana asuhan keperawatan, disini terjadi interaksi timbal balik antara fungsi keluarga dengan kesehatan/penyakit.

7. *Family Centered Care* (FCC) pada pasien ICU

Keluarga didefinisikan sebagai individu yang dapat memberikan dukungan dan memiliki hubungan yang signifikan terhadap pasien. *Family centered Care* (FCC) merupakan suatu pendekatan terhadap perawatan kesehatan yang menghormati dan responsive terhadap kebutuhan dan nilai anggota masing-masing keluarga (Davidson et al., 2017).

Terdapat 4 alasan tentang peran penting anggota keluarga dalam perawatan pasien kritis. Pertama, pasien yang dirawat di ruang ICU memiliki efek yang besar terhadap gejala psikologis keluarga termasuk stress akut, cemas dan depresi. Dampak dari berbagai gabungan gejala pada keluarga mengakibatkan sindrom keluarga pasca perawatan intensif (*post-intensive care syndrome family/ PICS-F*). Hal utama yang dapat dikaitkan dengan adanya gejala psikologis ini yaitu pentingnya meningkatkan komunikasi dengan keluarga.

Kedua, keluarga sebagai pengganti pembuat keputusan dari pasien. Ketiga, pasien sering menginginkan keluarga terlibat dalam perawatan pasien, dengan alasan perspektif keluarga harus didahulukan dan kemudian akan membantu pasien dalam mengambil sebuah keputusan. Keempat, terdapat bukti bahwa mendukung anggota keluarga dalam perawatan pasien di ICU dapat meningkatkan hasil perawatan pasien dan memungkinkan keluarga menjadi pengasuh yang lebih efektif (Davidson et al., 2017; Gerritsen et al., 2017).

Davidson et al., (2017) menjelaskan beberapa panduan terkait FCC pada pasien ICU, diantaranya:

a. Kehadiran Keluarga

- 1) Anggota keluarga pasien diberikan kesempatan berada disamping pasien secara fleksibel dan terbuka untuk memenuhi kebutuhannya, serta memberikan dukungan terhadap tenaga kesehatan untuk bekerja dalam kemitraan

dengan tujuan meningkatkan kepuasan keluarga.

- 2) Anggota keluarga akan diberikan berbagai pilihan untuk berpartisipasi dengan tim interdisiplin dalam meningkatkan komunikasi dan keterlibatan keluarga.
- 3) Anggota keluarga diberikan pilihan untuk hadir selama tindakan resusitasi dengan tenaga kesehatan yang ditugaskan untuk mendukung keluarga.

Kedekatan anggota keluarga dengan pasien yang dirawat diruang *intensive care unit* sangat diperlukan dalam hal perawatan (Blom et al., 2013; Knutsson and Bergbom, 2016; Noome et al., 2016). Semua anggota keluarga ingin berada didekat pasien yang berarti mereka dapat melakukan sesuatu untuk pasien dan keluarga beranggapan bahwa hal tersebut waktu yang sangat berharga (Blom et al., 2013; Noome et al.,

2016). Keluarga dan pasien sepakat bahwa dengan kehadiran keluarga disamping pasien akan menurunkan tingkat cemas dan memperbaiki psikologis keluarga (Blom et al., 2013).

b. Dukungan keluarga

- 1) Keluarga diberi pilihan untuk diajarkan bagaimana membantu perawatan pasien
- 2) Program pendidikan keluarga seperti pemberian informasi tentang pengaturan ICU dilakukan dan telah menunjukkan manfaat efek untuk anggota keluarga yaitu menurunkan kecemasan, depresi, stress pasca trauma dan meningkatkan kepuasan keluarga dengan perawatan yang dilakukan
- 3) Penggunaan alat pendukung keputusan yang divalidasi untuk mengoptimalkan kualitas komunikasi, pemahaman medis dan mengurangi konflik pengambilan keputusan keluarga.

- 4) Tenaga kesehatan menggunakan pendekatan komunikasi dalam konferensi untuk memfasilitasi keluarga (Davidson et al., 2017).

Dukungan mental merupakan salah satu bentuk dukungan yang mana dukungan ini menjadi kebutuhan keluarga saat menunggu pasien yang dirawat diruang ICU setelah kebutuhan informasi (Blom et al., 2013; Frivold et al., 2015; Kisorio and Langley, 2016). Dukungan tersebut dibutuhkan oleh keluarga karena pada saat menunggu pasien, mereka merasa khawatir, bingung bahkan bisa jadi frustrasi (Kisorio and Langley, 2016). Keluarga mengatakan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan menjadi penting terkait dengan pemberian perawatan pada pasien serta pemenuhan kebutuhan informasi mengenai kondisi pasien bagi keluarga (Blom et al., 2013; Frivold et al., 2015; Kisorio and Langley, 2016).

c. Komunikasi dengan anggota keluarga

- 1) Konferensi keluarga yang diikuti oleh interdisipliner dilakukan untuk mengurangi konflik antara dokter dan keluarga
- 2) Tenaga kesehatan menggunakan pendekatan terstruktur dalam berkomunikasi termasuk mendengarkan secara aktif dan memberikan fasilitas informasi untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepuasan keluarga dengan komunikasi.
- 3) Tenaga kesehatan di ICU mendapatkan pelatihan komunikasi yang berpusat pada keluarga untuk meningkatkan efikasi diri dan kepuasan keluarga (Davidson et al., 2017).

d. Menggunakan konsultan spesifik dan anggota tim ICU

- 1) Dukungan spiritual dari petugas rohani diberikan kepada keluarga pasien ICU untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya.

- 2) Keluarga ditugaskan sebagai navigasi pada pasien ICU untuk meningkatkan kepuasan keluarga dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan dan mengurangi gejala psikologis
 - 3) Pekerja social termasuk dalam tim lintas disiplin untuk berpartisipasi dalam pertemuan keluarga untuk meningkatkan kepuasan keluarga (Davidson et al., 2017).
- e. Masalah operasional dan lingkungan
- 1) Rumah sakit menerapkan kebijakan untuk mempromosikan perawatan berpusat pada keluarga di ICU untuk meningkatkan pengalaman keluarga
 - 2) Tenaga kesehatan memberikan dukungan bagi anggota keluarga pasien ICU sebagai bagian dari program keseluruhan perawatan dimana dapat menurunkan tingkat lama tinggal pasien ICU dan meningkatkan kualitas komunikasi di ICU (Davidson et al., 2017).

Meningkatkan kenyamanan merupakan salah satu mengatasi masalah operasional dan lingkungan. Kebutuhan rasa nyaman dapat terpenuhi apabila keluarga mengetahui apakah pasien masih bisa mengenali bahkan mendengarkan suara anggota keluarga yang berkunjung. Selain itu, kebutuhan rasa nyaman yang didapatkan keluarga dapat berupa adanya pemberitahuan apabila terjadi perubahan kondisi pasien secara mendadak. Keluarga juga memiliki kenyamanan atas peralatan atau fasilitas yang ada di ruang tunggu, memiliki waktu khusus saat menjenguk pasien serta memiliki jam kunjung yang sesuai atau tepat waktu (Nursalam, 2015).

B. Perawatan Intensif

1. Definisi Ruang Perawatan Intensif

Intensive care unit (ICU) merupakan salah satu bagian dari ruangan perawatan yang ada dirumah sakit maupun fasilitas kesehatan yang menyediakan

perawatan intensif. Pada umumnya ruangan ICU didesain dalam keadaan tertutup, memiliki karakteristik alat dengan teknologi tinggi dan pada prinsipnya ruang ICU tidak dirancang untuk kehadiran kerabat pasien dalam waktu yang lama (Sánchez-Vallejo et al., 2016). Ruang tersebut digunakan oleh pasien yang membutuhkan pelayanan observasi, perawatan khusus bahkan pasien dengan penyakit yang memiliki potensi mengancam nyawa (Kemenkes RI, 2010). Ruang ini berkaitan dengan perawatan pasien yang mengalami masalah intensif, kritis, ketergantungan tinggi bahkan kegawatdaruratan (Mitchell et al., 2016).

2. Jenis Pasien di ICU

Adapun pasien yang layak dirawat di ICU antara lain (Kemenkes RI 2010):

- a. Pasien yang membutuhkan tindakan medis dengan segera oleh tim kesehatan *intensive care*

- b. Pasien yang membutuhkan pengelolaan dalam hal fungsi sistem organ tubuh secara terstruktur dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang stabil secara terus menerus
- c. Pasien kritis yang membutuhkan pemantauan berkelanjutan dan tindakan segera dengan tujuan mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

3. Pasien Kritis

American Association of Critical Nursing (AACN) mendefinisikan pasien kritis sebagai pasien yang memiliki resiko tinggi terhadap masalah kesehatan yang actual maupun potensial yang dapat mengancam jiwa seseorang. Pasien kritis memiliki karakteristik mengalami disfungsi satu atau lebih sistem tubuh yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Karakteristik tersebut mendasari bahwa pasien kritis dalam keadaan rentan dan tidak stabil yang membutuhkan perawatan intens. Jenis perawatan

pasien tersebut termasuk dalam kategori perawatan dalam *Intensive Care Unit (ICU)* (Al-Mutair et al., 2014).

4. Pendekatan Holistik

Proses asuhan keperawatan yang holistik membutuhkan pertimbangan dari berbagai faktor, baik dari individu maupun lingkungan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan pasien dan kemampuan untuk mengatasi krisis seperti penyakit akut ataupun kronis. Perawat harus memiliki berbagai pengetahuan seperti anatomi dan fisiologi, proses penyakit, tindakan perawatan, dan tanggapan manusia. Perawat dalam perawatan kritis tidak hanya bekerja pada teknologi, tetapi juga mengetahui kondisi pasien dan menyesuaikan jenis perawatannya. Aspek kepedulian perawat dapat dilihat dari nilai kehadiran yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien yang mana dapat membantu

dalam identifikasi awal masalah pasien (Urden et al, 2010).

Pendekatan holistik dibutuhkan pada proses perawatan pasien kritis yang melibatkan pasien, tenaga kesehatan dan keluarga pasien. Keterlibatan keluarga dengan pasien kritis dalam fase pemulihan ataupun rehabilitasi sangat membantu dalam proses pemulihannya (Wetzig and Mitchell, 2017). Menurut Wong et al., (2015), keluarga dalam hal ini merupakan salah satu komponen penting dalam proses pemulihan pasien kritis yang mana keberadaannya perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan.

C. Konsep Psikososial

1. Definisi

Psikososial merupakan suatu kondisi yang dapat dialami individu yang mencakup aspek psikis dan social. Faktor psikis dan sosial terdapat adanya hubungan yang dinamis antar keduanya, dimana saling

berinteraksi dan mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Psikososial berarti berkaitan dengan sosial yang mencakup faktor – faktor psikologis (Chaplin, J.P., 2011).

2. Aspek Kebutuhan Psikososial

Aspek kebutuhan psikososial keluarga tertuang dalam *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) oleh Motter & Leske, 1996. Pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis di ruang ICU dalam instrument CCFNI digambarkan menjadi 5 kategori utama, yaitu kebutuhan informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien, dan jaminan pelayanan.

a. Informasi

Keluarga merupakan bagian integral dalam proses pemulihan pasien kritis. Ketika merencanakan untuk perawatan pasien secara keseluruhan, perawat perlu mempertimbangkan kebutuhan informasi dan emosional untuk keluarga (Urden et al, 2010). Secara garis besar, kebutuhan

informasi menjadi kebutuhan prioritas tertinggi dan utama bagi keluarga pasien dibandingkan dengan kebutuhan lainnya (Al-Mutair et al., 2013; Kisorio and Langley, 2016).

Menurut Urden et al (2010), terdapat beberapa syarat informasi yang dibutuhkan oleh keluarga pasien kritis. Syarat yang pertama yaitu ketika keluarga menanyakan kondisi pasien pada tenaga kesehatan, keluarga hanya ingin mendapatkan informasi dengan sejujurnya. Selain itu, keluarga ingin mengetahui fakta tentang perkembangan pasien dan mengetahui hasil prosedur pemeriksaan pasien sesegera mungkin. Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pasien, diharapkan memberitahu anggota keluarga tentang kondisi pasien dan memberitahu hal-hal apasaja yang telah dilakukan selama proses keperawatan. Syarat lain mengenai informasi yang dibutuhkan keluarga pasien yaitu mengetahui

tentang adanya kemungkinan komplikasi yang dialami pasien, mengetahui dengan tepat apa yang sedang dilakukan dalam perawatan dan mendapatkan petunjuk mengenai suatu prosedur yang harus dilakukan. Hal terpenting dalam memenuhi kebutuhan informasi ini adalah bagaimana seorang tenaga kesehatan memberikan informasi yang mudah dipahami oleh keluarga pasien.

Informasi yang dibutuhkan oleh keluarga berupa informasi yang berkaitan dengan perkembangan kondisi pasien. Perkembangan kondisi pasien yang dimaksud meliputi kondisi sesungguhnya mengenai perkembangan pasien. Keluarga tidak hanya membutuhkan informasi perkembangan pasien, namun juga mengetahui tindakan tertentu yang akan dilakukan serta mengetahui kondisi setelah dilakukan tindakan. Mendapatkan informasi paling sedikit satu kali

sehari, mengetahui rencana pindah ruangan dan dapat penjelasan mengenai peraturan diruang ICU merupakan hal penting yang dapat membantu keluarga untuk lebih memahami situasi pasien (Farahani et al., 2014 & jezierska, 2014).

b. Dukungan Mental

Dukungan mental merupakan kebutuhan keluarga saat menunggu pasien yang dirawat diruang ICU setelah kebutuhan informasi (Blom et al., 2013; Cypress, 2011; Frivold et al., 2015; Kisorio and Langley, 2016). Dukungan tersebut dibutuhkan oleh keluarga karena pada saat menunggu pasien, mereka merasa khawatir, bingung bahkan bisa jadi frustrasi (Kisorio and Langley, 2016). Keluarga mengatakan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan menjadi penting terkait dengan pemberian perawatan pada pasien serta pemenuhan kebutuhan informasi mengenai

kondisi pasien bagi keluarga (Blom et al., 2013; Frivold et al., 2015; Kisorio and Langley, 2016).

Selain dukungan dari tenaga kesehatan, beberapa literature mengungkapkan bahwa dukungan psikososial juga dibutuhkan. Dukungan psikosocial tersebut dapat meliputi dukungan emosional dan dukungan spiritual (Kisorio and Langley, 2016).

Dukungan emosional merupakan suatu dukungan yang bertujuan untuk memberikan perasaan dicintai dan rasa nyaman. Bentuk dari dukungan ini berupa pemberian *support* dan empati. Dukungan emosional berkaitan dengan pengakuan keberadaan keluarga pasien dan kebutuhan rasa dihormati dengan cara berkomunikasi antara tenaga kesehatan dengan pihak keluarga. Lain halnya dengan dukungan spiritual, keluarga berkeyakinan terhadap kesembuhan pasien dengan cara berdoa, dengan

berdoa mereka berharap dapat mengubah kondisi pasien menjadi lebih baik (Cypress, 2011; Kisorio and Langley, 2016).

Apriyanti & Robiyatul (2018) menemukan beberapa kebutuhan dukungan spiritual yang dimiliki oleh keluarga pasien di Indonesia. Hal tersebut berkaitan erat dengan budaya terkait kepercayaan, dimana sebagian besar warga negaranya mempercayai agama Islam. Kebutuhan adanya tempat ibadah menjadi salah satu kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan oleh masyarakat dengan keyakinan Islam. Dimana aktivitas religious ini berupa melaksanakan kewajiban sholat lima waktu. Hal ini bagi seorang muslim merupakan suatu tindakan yang lazim dilakukan oleh keluarga pasien, dengan harapan meningkatkan kesembuhan pasien. Tersedianya tempat ibadah yang nyaman dan dekat ruang tunggu akan menciptakan perasaan lebih leluasa untuk berdoa bagi keluarga pasien.

Hal tersebut menjadi salah satu kebutuhan yang tidak dapat dikesampingkan.

c. Rasa Nyaman

Kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan lain yang diharapkan oleh keluarga pasien. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi rasa nyaman keluarga yaitu lingkungan. Sebagai contoh, keluarga membutuhkan kenyamanan atas peralatan atau fasilitas yang ada diruang tunggu serta kenyamanan atas ketercukupan jam kunjung (Nursalam, 2015).

Selain mendapatkan kenyamanan atas peralatan dan waktu kunjung, terdapat hal lain yang dapat menunjang rasa nyaman keluarga pasien yaitu mengetahui kondisi pasien. Mengetahui kondisi pasien dalam artian keluarga mampu memastikan bahwa pasien dapat mengenali dan mendengar suara dari anggota keluarganya (CCFNI dalam Nursalam, 2015).

d. Kedekatan

Selama proses perawatan pasien, hal yang sangat dibutuhkan oleh keluarga yaitu berada disamping pasien. Kedekatan anggota keluarga dengan pasien yang dirawat di ruang *intensive care unit* sangat diperlukan dalam hal perawatan (Blom et al., 2013; Knutsson and Bergbom, 2016; Noome et al., 2016).

Kehadiran dan kedekatan bertujuan agar keluarga dapat melakukan sesuatu untuk pasien dan keluarga beranggapan bahwa hal tersebut merupakan waktu berharga (Blom et al., 2013; Noome et al., 2016). Ketidakhadiran keluarga pasien dalam perawatan dapat menimbulkan kecemasan, kekhawatiran, selalu berpikir mengenai kondisi pasien serta dapat meningkatkan stress. Salah satu cara untuk menurunkan kondisi tersebut yaitu dengan kehadiran anggota keluarga disamping pasien (Kisorio and Langley, 2016;

Knutsson and Bergbom, 2016). Keluarga dan pasien sepakat bahwa dengan kehadiran keluarga disamping pasien akan menurunkan tingkat cemas dan memperbaiki psikologis keluarga (Blom et al., 2013).

e. Jaminan

Jaminan merupakan salah satu kebutuhan lain dari keluarga pasien. Bentuk dari pemenuhan kebutuhan jaminan dapat berupa mengetahui perawatan yang diterima oleh pasien. Keluarga mempunyai hak untuk mengetahui perawatan apa saja yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien. Keluarga menggambarkan bahwa mereka menghargai perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, selain itu keluarga akan merasa aman jika mengetahui perawatan yang dilakukan (Blom et al., 2013; Noome et al., 2016). Hal ini didukung dalam penelitian (Carlson et al., 2015) yang menyatakan bahwa keluarga hampir seluruhnya

setuju dengan perawatan yang diberikan diruang ICU dikarenakan keluarga mengetahui bentuk perawatan yang diterima oleh pasien.

Keluarga mengapresiasi perawatan yang diberikan kepada pasien oleh perawat. Dimana perawat memandang pasien sebagai manusia seutuhnya sehingga perawatan yang diterima membuat keluarga pasien merasa aman (Blom et al., 2013; Noome et al., 2016). Keluarga yakin dengan perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat mempengaruhi kesejahteraannya. Dengan demikian, keluarga menghormati segala perawatan yang telah diberikan (Blom et al., 2013).

Penilaian terhadap prioritas kebutuhan keluarga pasien berbeda-beda tiap individu. Dimana jenis pemenuhan kebutuhan tersebut akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup keluarga. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor,

meliputi budaya, kondisi psikologis serta pengalaman (Effendy et al., 2015).

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki keanekaragaman budaya, mayoritas masyarakat Indonesia merupakan suku Jawa. Masyarakat dengan suku Jawa, sebagian besar keluarga pasien ICU cenderung lebih membutuhkan dukungan dari orang lain daripada menghabiskan waktu sendiri dalam menghadapi masa sulitnya (Apriyanti & Robiyatul, 2018). Selain itu, terlibat dalam merawat anggota keluarga selama sakit dan bahkan selama dirawat di rumah sakit menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari budaya Indonesia (Effendy et al., 2015).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Stres Keluarga

Farhan et al (2014) mengemukakan bahwa terdapat 6 faktor yang mempengaruhi kondisi stres keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.

Enam faktor tersebut meliputi:

- a. perubahan lingkungan serta aturan lingkungan ruangan perawatan
- b. perubahan dalam status emosi
- c. perubahan dalam peran
- d. perubahan dalam kehidupan sehari-hari
- e. perubahan dalam kemampuan finansial
- f. sikap petugas kesehatan dalam pemberian informasi

Faktor – faktor tersebut tidak ada yang menjadi faktor dominan dalam hal pencetus stress, namun terdapat 4 faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan terjadinya stress yaitu adanya perubahan lingkungan, aturan di ruangan perawatan, perubahan status emosi dan perubahan kehidupan sehari-hari.

4. Dampak Perubahan Psikososial

Pasien kritis yang dirawat di ruang intensif akan menjadikan keluarga untuk meningkatkan kepeduliannya dalam bentuk apapun. Peningkatan

kepedulian terhadap pasien kritis ini menimbulkan beberapa perubahan salah satunya perubahan psikologis yang cenderung menurun yang dialami keluarga pasien (Frivold et al., 2015; Hweidi and Al-Shannag, 2014). Urden (2010) menyatakan bahwa ada beberapa perubahan pada keluarga yang akan terjadi akibat anggota keluarga dirawat di ruang ICU diantaranya, terdapat perubahan waktu jam kunjung, kekurangan informasi, gangguan peran dan sehari hari, perubahan lingkungan, perasaan khawatir dengan hasil akhir perawatan, finansial, dan terjadi peningkatan tanggung jawab. Hal tersebut dapat memberikan dampak disorganisasi dan kekacauan emosiaonal pada keluarga. Perubahan psikologis tersebut dapat berupa peningkatan kecemasan, penolakan, depresi bahkan takut kehilangan orang yang mereka cintai (Al-Mutair et al., 2013; Hweidi and Al-Shannag, 2014). Menurut Khalaila (2014), penurunan kondisi psikologis ini dapat berdampak pada peningkatan kecemasan,

bingung, stress akut, kelelahan, khawatir bahkan ketakutan.

Jenis stres apapun termasuk stress positif, negatif, psikologis maupun sosial akan berdampak pada respon fisik, yang mana adanya hubungan antara interaksi pikiran dengan tubuh dan respon imun terhadap stress. Terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa efek dari peristiwa kehidupan seperti sakit akut dianggap sebagai sebuah ancaman. Lingkungan perawatan intensif akan menjadi salah satu tekanan/stressor. Peralatan yang canggih, prosedur invasive, kontak minimal dengan dukungan keluarga dapat menimbulkan perasaan tidak berdaya dan kehilangan kendali bagi pasien (Urden et al, 2010).

5. Penatalaksanaan Dampak Perubahan Psikososial

Menurut Urden et al (2010) terdapat beberapa strategi atau cara dalam mengatasi dampak perubahan psikososial keluarga yang dapat dilakukan oleh perawat, yaitu:

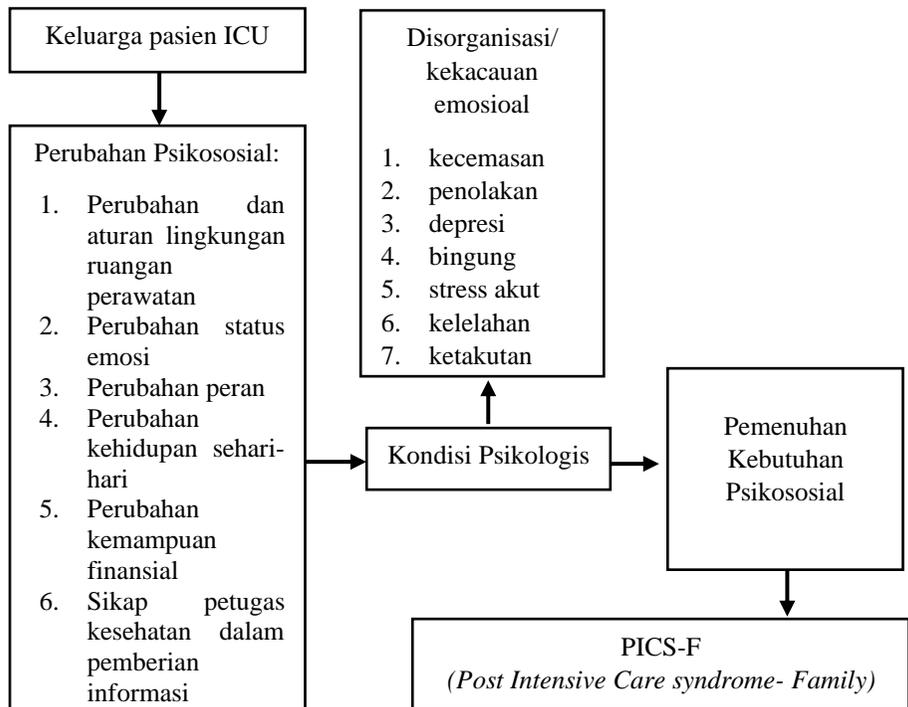
- a. Mengeksplorasi perasaan tentang interaksi antara keluarga dengan pasien
- b. Menggunakan pendengaran aktif, keterampilan komunikasi terapeutik, menghindari pemberian harapan palsu seperti memberikan informasi yang tidak tepat
- c. Menjalinkan hubungan yang saling percaya dengan keluarga
- d. Memberikan informasi yang memadahi dan tepat mengenai kondisi dan perkembangan pasien, mengklarifikasi informasi yang salah
- e. Melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dan berpartisipasi dalam melakukan perawatan dasar bagi pasien.

Urden et al (2010) menyatakan cara yang dapat dilakukan oleh keluarga dalam mengatasi perubahan psikososialnya, sebagai berikut:

- a. Keluarga memberikan kenyamanan dan kepedulian terhadap pasien, menunjukkan sikap peduli
- b. Keluarga dapat menyampaikan kebutuhan rohani jika dibutuhkan melalui fasilitas yang ada
- c. Keluarga dapat berpartisipasi dengan cara menggunakan berbagai tim multidisiplin untuk mendapatkan dukungan sosial.

D. Kerangka Teori

Skema 2.1
Kerangka Teori



Sumber:

(Al-Mutair et al., 2013; Davidson et al., 2017; Farhan et al., 2014; Frivold et al., 2015; Gerritsen et al., 2017; Hweidi and Al-Shannag, 2014; Lukmanulhakim and Firdaus, 2018)

E. Pertanyaan Penelitian

Apa saja kebutuhan psikososial keluarga pasien *Intensive Care Unit* (ICU) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?