

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini merupakan deskripsi serta interpretasi dari data yang diperoleh peneliti melalui proses analisis data dari hasil wawancara mendalam (*in depth interview*) yang telah dilakukan kepada 5 partisipan. Data tersebut sesuai dengan tujuan dari penelitian yaitu mengetahui kebutuhan psikososial keluarga pasien *Intensive Care Unit* (ICU) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penyajian hasil penelitian ini meliputi pemaparan gambaran karakteristik partisipan utama meliputi usia, jenis kelamin, hubungan dengan pasien, pendidikan terakhir serta pekerjaan. Selain itu, pemaparan hasil penelitian berupa deskripsi kebutuhan keluarga pasien yang menghasilkan 3 tema, diantaranya menerima informasi, *support system* dan kenyamanan. Penyajian hasil penelitian diuraikan dalam bentuk naratif sebagai berikut:

A. Karakteristik Partisipan

Partisipan pada penelitian ini sebanyak 5 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi. Partisipan terdiri dari 1 laki-laki dan 4 perempuan yang seluruhnya adalah keluarga pasien ICU yang

sedang menunggu kerabatnya. Berikut karakteristik masing-masing dari partisipan:

Tabel 4.1. Karakteristik Responden

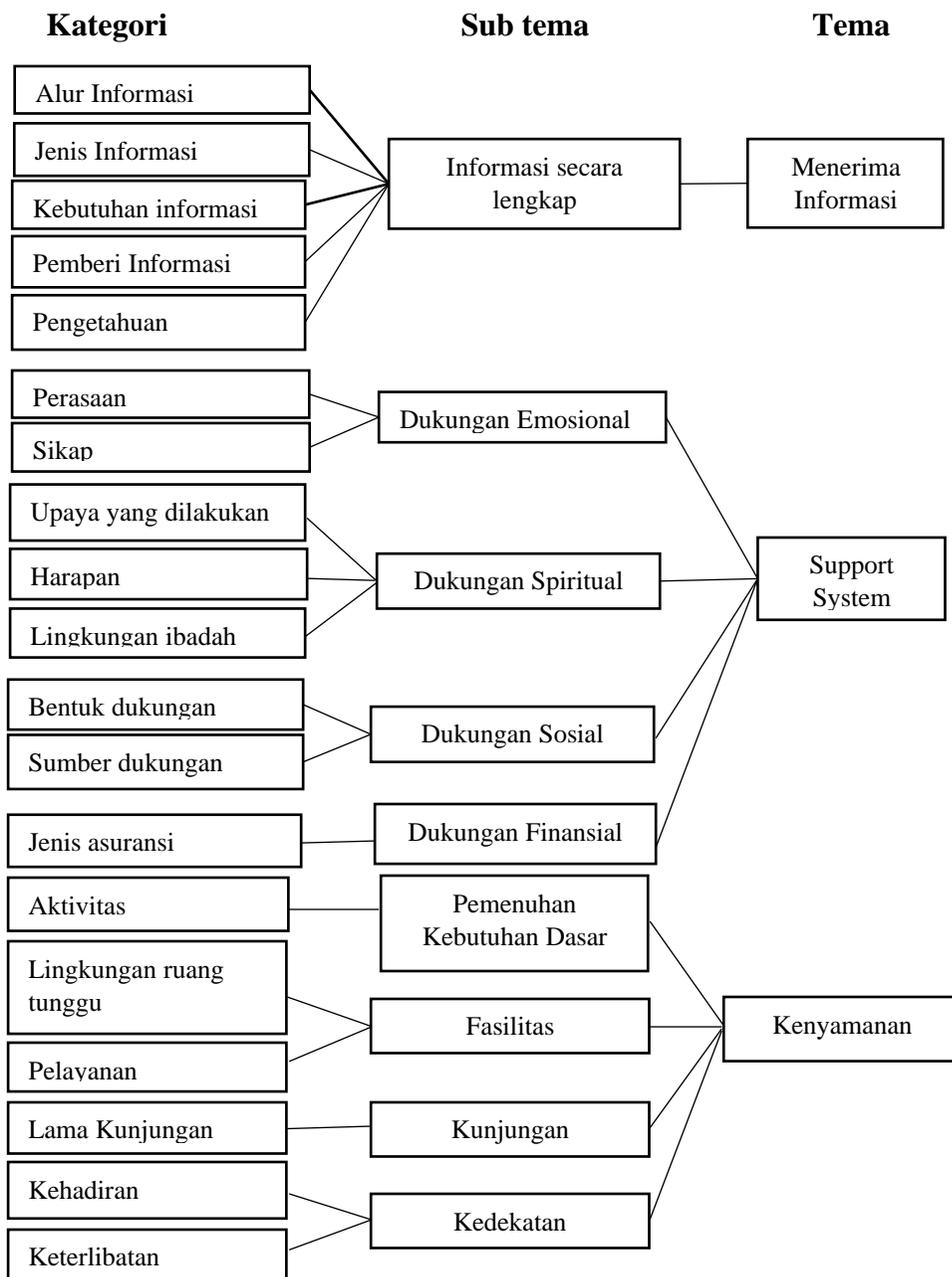
Karakteristik	Partisipan				
	P1	P2	P3	P4	P5
Usia	30 tahun	69 tahun	49 tahun	50 tahun	46 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Perempuan	Laki-laki
Hubungan dengan pasien	Anak	Istri	Anak	Istri	Anak
Pendidikan terakhir	SMA	SMA	SMA	SMA	SMK
Pekerjaan	IRT	Wiraswasta	IRT	IRT	Buruh
Lama rawat	1 hari	2 hari	2 hari	1 hari	2 hari

B. Analisis Kualitatif

Penelitian ini dilakukan terhadap 5 partisipan yaitu keluarga pasien ICU yang sedang menunggu. Selama proses penelitian, partisipan menjelaskan mengenai kebutuhan mereka selama menunggu pasien. Analisis data dilakukan setelah melalui tahap pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan *field note*. Hasilnya kemudian dibuat dalam bentuk transkrip verbatim yang mana ditahap selanjutnya hasil analisis ini diidentifikasi tema-tema yang sesuai dengan tujuan dan poin pertanyaan penelitian. Hasil penelitian ini ditemukan 3 tema yang sesuai dengan tujuan penelitian, diantaranya: 1) Menerima

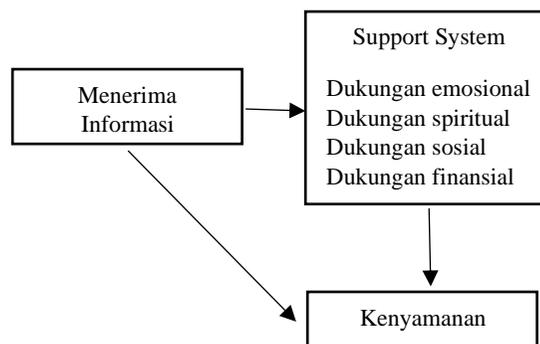
Informasi, 2) *Support System* dan 3) Kenyamanan. Berdasarkan hasil analisis tema diatas, maka tema tema penelitian dapat digambarkan pada skema berikut ini:

Skema 4.1
Gambaran Seluruh Tema Penelitian



Berdasarkan hasil temuan penelitian, peneliti menemukan adanya keterkaitan antara tema menerima informasi, *support system* dan kenyamanan. Hal ini didapatkan peneliti setelah menganalisis masing-masing tema. Keterkaitan antara ketiga tema tersebut dapat digambarkan pada skema dibawah ini:

Skema 4.2
Gambaran keterkaitan antar tema



1. Menerima Informasi

Menerima informasi merupakan salah satu tema yang ditemukan selama tahap penelitian. Data ini diperoleh dari partisipan yang berkaitan dengan kebutuhannya selama menunggu pasien. Tema menerima informasi memiliki subtema informasi secara lengkap dan terdapat lima kategori yang terdiri dari alur informasi, jenis informasi, kebutuhan

informasi, pemberi informasi dan pengetahuan. Adapun gambaran alur tema menerima informasi dapat dilihat pada skema 4.1.

Informasi secara lengkap merupakan gambaran keseluruhan kebutuhan pasien. Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan kepada 5 partisipan diperoleh data bahwa pada dasarnya partisipan telah mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan. Hal ini disampaikan oleh sebagian partisipan sebagai berikut:

“iya secara umum saja tadi tu dikasih informasi...” (P2, hal 3, line 8)

“ketemu dengan dokternya...ya sebetulnya penjelasannya sama aja...” (P4, hal 19, line 14)

“kalau selama ini ya itu tadi cuma yang dari sana to, butuh ini ini ini gitu kayak tadi....” (P5, hal 10, line 24-26)

Informasi yang didapatkan dari tenaga kesehatan tersebut dirasa belum mencukupi kebutuhan dari masing-masing keluarga. Hal tersebut dipaparkan oleh 3 partisipan, dimana partisipan mengatakan jenis informasi yang dibutuhkan.

“Informasi yaa... secara detail tu keadaan pasiennya gimana, tindakannya apa saja...” (P1, hal 1, line no.11)

“ya itu tentang kesehatanne gimana perkembanganne, perkembangannya, sakitnya tu sudah ada perkembangan atau belum gitu...” (P2, hal 3, line 6-7)

“yang jelas sih saya pengen tau informasi perkembangannya ya, gimana gimana kan kalo kita udah denger kan ga terlalu apa ya” (P4, hal 9, line 9-10)

Terdapat 1 partisipan yang mengatakan bahwa kekurangan informasi saat menunggu pasien dan 1 partisipan lain menyatakan akan mengajukan pertanyaan jika dirasa memerlukan informasi.

“ya kalo masalah itu kadang kadang kita kurang informasi itu...” (P5, hal 11, line 10)

“kalo ga saya inisiatif tanya sendiri gitu...” (P3, hal 5 line 17)

Berdasarkan hasil observasi, 2 partisipan menggambarkan bahwa informasi diperoleh dari perawat langsung dengan lokasi dari pintu masuk pasien. Hal ini ditandai dengan partisipan menunjuk kearah pintu sebagai tanda dari sanalah informasi didapatkan oleh keluarga. Selain dengan menunjuk kearah pintu, selama peneliti melakukan observasi terdapat perawat ICU yang keluar untuk memberikan informasi berkaitan dengan kebutuhan pasien selama diruangan perawatan. Setelah dirasa cukup, perawat ICU kembali

keruangan. Perawat tidak memberikan informasi terkait perkembangan pasien namun hanya memberikan informasi terkait kebutuhan pasien, seperti diapers dan yang lainnya (*Observasi P2, 10 Mei 2019, hal 16 & Observasi P5, 24 Mei 2019, hal 17*).

2. *Support System*

Dukungan dari berbagai aspek merupakan kebutuhan lain dari keluarga pasien *intensive care unit* (ICU) selama menunggu diruang tunggu. Dari hasil wawancara tergambar 4 sistem dukungan diantaranya dukungan emosional, dukungan spiritual, dukungan sosial dan dukungan finansial. Hal ini dapat dilihat pada skema 4.1.

a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan kebutuhan lain yang diperlukan keluarga selama menunggu pasien. Berdasarkan pernyataan yang telah diungkapkan oleh partisipan diperoleh data mengenai perasaan yang dirasakan saat menunggu pasien. Hal ini tergambar dalam sikap dan perasaan yang dialami oleh keluarga pasien sebagai berikut:

“Ya rasanya ya campur aduk mbak, ada rasa takut ya takut” (P1, hal 1, line 1)

“ya gimana ya ya agak sedih gitu ya he,em cemas, agak sedih cemas...” (P2, hal 3, line 1-2)

“ya sedih, masih bingung...” (P3, hal 5, line 1)

“perasaannya ya pasti sedih, susah sedih gitu.”(P4, hal 9, line 1)

“ya maklum aja keluarga juga lagi kena masalah kaya ini ya sama, beban pikiran lah...” (P5, hal 11, line 3-4)

Seluruh partisipan mengungkapkan rasa kekhawatirannya terhadap pasien. Rasa kekhawatiran tersebut tergambar dalam hasil observasi selama melakukan pengambilan data. Bentuk kekhawatiran dapat dilihat dari raut wajah keluarga yang lesu disertai dengan suara yang lirih (*Observasi P1, 8 Mei 2019, hal 16*).

Hal lain ditemukan pada 2 partisipan yang menyatakan harapannya terhadap tenaga kesehatan sebagai bentuk dukungan emosional yang mereka butuhkan.

“Ya harapan saya itu, lebih komunikasi dengan keluarga...” (P2, hal 4, line 35)

“Pengennya perawat lebih sering datengin yang nunggu, ibu merasa diperhatiin itu...” (P4, hal 10, line 48)

b. Dukungan Spiritual

Berdasarkan hasil wawancara, sistem dukungan dapat diperoleh dari dukungan spiritual. Keluarga pasien ICU menjadikan dukungan spiritual bagian yang tidak terpisahkan selama proses perawatan pasien. Dukungan spiritual ini muncul menjadi 3 kategori diantaranya upaya yang dilakukan, harapan dan lingkungan tempat ibadah. Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa 3 partisipan menyatakan dukungan spiritual diperoleh dengan cara membangun harapan.

“Cuma kita berdoalah, ada mukzizat gitu bapak bisa sehat...” (P3, hal 5 line 3-4)

“Usaha berdoa ya semua saya serahkan pada Tuhan, mudah mudahan bisa lancar, cepet sembuh...” (P2, hal 3, line 24-25)

“Saya sudah berserah saja, mudah - mudahan cepat diberi kesembuhan, itu aja...” (P5, hal 14, line 143-144)

Terdapat 4 partisipan yang menyatakan upaya yang dapat dilakukan untuk kesembuhan pasien sebagai bagian dari pemenuhan kebutuhan spiritualnya.

“berdoa ya cuma itu mbak saya...” (P1, hal 1 line 5)

“Cuma mendoakan saja sih...” (P2, hal 3, line 22)

“Baca quran itu, sama itu ya kalo udah didalem kirim doa aja...” (P3, hal 6, line 50-51)

“Cuma bisa berdoa, untuk kesembuhan bapak gitu...”
(P4, hal 9, line 3)

Bentuk dukungan spiritual disampaikan oleh 2 partisipan. Dukungan tersebut diperoleh keluarga pasien ICU dari anggota keluarga yang lainnya.

“dukungan doa dari keluarga dan temen temen...” (P2, hal 3, line 27)

“ya kalo dari adik ikut mendoakan aja sih, mensupport pasti ya bantu kayak gitu lah...” (P3, hal 6, line 54-55)

c. Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan salah satu subtema yang muncul dan diungkapkan oleh seluruh partisipan. Dimana perolehan dukungan yang optimal didapatkan dari pihak keluarga maupun tenaga kesehatan, seperti yang terungkap pada hasil wawancara berikut:

“ada dari keluarga temen temen juga pada jenguk...”
(P1, hal 1, line 13)

“Kemarin sih pagi itu ketemu dengan dokternya....” (P4, hal 9, line 14)

“Tapi Alhamdulillah saya kan ada keluarga disini...”
(P5, hal 11, line 15-16)

Berdasarkan paparan diatas semua partisipan memperoleh dukungan baik dari keluarga, teman – teman, maupun tenaga medis selama menunggu perawatan pasien ICU diruang tunggu. Dukungan dari anggota keluarga lain merupakan dukungan terbanyak yang diberikan. Bentuk dukungan dipaparkan oleh beberapa partisipan meliputi:

“Ini tadi barusan saudara saya dari sini jengukin...”
(P1, hal 1, line 13-14)

“Iya gantian, sama anak sama sodara...” (P2, hal 4, line 30)

“Supportnya ya bantu nungguin gantian, terus dirumah juga jemputin anak anak sama sama saling ngerti lah...”
(P3, hal 6, line 55-56)

“ada adik dari suami saya yang dari Jakarta datang tadi pagi...” (P4, hal 10, line 39-40)

“jadi kemarin yang handle kamarnya, terus pesen semua” (P5, hal 11, line 16-17)

Berdasarkan hasil observasi selama proses wawancara, peneliti melihat adanya bentuk dukungan yang diperoleh dari keluarga pasien. Bentuk dukungan tersebut berupa adanya anggota keluarga lain yang turut menjenguk pasien. Bentuk dukungan lain yang ditemukan meliputi gantian menunggu dengan anggota keluarga lainnya (*Observasi P1, 8 Mei 2019, hal 16 & observasi P2, 10 Mei 2019, hal 16*).

d. Dukungan Finansial

Berdasarkan data yang diperoleh, dukungan finansial merupakan dukungan lain yang dibutuhkan oleh keluarga pasien. Berkaitan dengan hal ini, 4 partisipan memaparkan bahwa mereka menggunakan jaminan kesehatan untuk perawatan pasien.

“menggunakan jaminan BPJS, he,em ga khawatir ga masalah terkait jaminan...” (P2, hal 3, line 28)

“yang penting kan BPJS bisa dipakai....” (P3, hal 8, line 97)

“Itu pakai kartu BPJS, itu kan apa apa kita yang bayar ya itu...” (P4, hal 10, line 49)

“kalau saya kemarin cepat diproses langsung Alhamdulillah kan bisa tercover jasa raharja juga kan sama BPJS...” (P5, hal 12, line 64-65)

3. Kenyamanan

Tema ketiga yang ditemukan dalam penelitian ini adalah terkait kenyamanan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada 5 partisipan maka ada 4 aspek yang mendukung tema kenyamanan diantaranya terkait pemenuhan kebutuhan dasar, fasilitas, kunjungan dan kedekatan.

a. Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pemenuhan kebutuhan dasar yang ditemukan yaitu berkaitan dengan aktivitas yang dilakukan. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan dimana beraktivitas selama menunggu pasien merupakan kegiatan yang tidak dapat dipisahkan.

“ya paling cuma mondar mandir mondar mandir keluar masuk ruangan aja ga ada yang lain...” (P1, hal 1, line 5-6)

”ini kan semua keluarga gabung jadi kalo istirahat kurang...” (P4, hal 9, line 28-29)

“Nunggu kayak gini kan juga butuh MCK, kayak mandi mau jemur handuk juga ga ada. Sekarang kita kalau punya keluarga gitu aktivitas yang jaga kan ya terus berjalan...” (P5, hal 13, line 105-108)

Berdasarkan hasil observasi terkait pemenuhan kebutuhan dasar menunjukkan bahwa kebutuhan tersebut akan tercukupi dengan adanya beberapa fasilitas yang disediakan oleh pihak layanan RS. Berkaitan dengan fasilitas tersebut, beberapa partisipan terlihat menunjukkan belum maksimalnya fasilitas yang disediakan. Beberapa partisipan menunjukkan bahwa fasilitas terkait toilet cukup jauh harus keluar dari ruangan. Selain itu, peneliti juga

menemukan ruang tunggu kurang nyaman dan gabung dengan keluarga pasien yang lain (*Observasi P2, 10 Mei 2019, hal 16 & Observasi P5, 24 Mei 2019, hal 17*).

b. Fasilitas

Berdasarkan skema 4.1 terlihat bahwa terdapat sub tema terkait fasilitas, dimana fasilitas ini memiliki dua kategori utama diantaranya lingkungan dan pelayanan. Kedua kategori tersebut memiliki keterkaitan dan dipaparkan oleh sebagian partisipan. Terdapat 3 partisipan yang menyatakan bahwa mereka membutuhkan beberapa fasilitas yang digunakan untuk memenuhi aktivitasnya.

“kalo orang tunggu ya cukuplah, cuma nek kamar mandinya agak jauh...” (P2, hal 3, line 13)

“Tempat ini penuh. Kamar mandinya juga jauh. Kalo ruang tunggu harusnya ada kamar mandi. Pengennya sih ruangnya bisa untuk istirahat, ini kan semua keluarga gabung jadi kalo istirahat kurang...” (P4, hal 9, line 25-29)

“Cuma ya itu penjemuran anduk kok ga ada. Yang lainnya mungkin mbok dikasih tikar gitu, kalau engga saya tidur dilantai kayak gini dingin...” (P5, hal 14, line 122-126)

Sedangkan terkait kategori pelayanan juga ditemukan pada beberapa partisipan. Kategori pelayanan ini

menyangkut jenis pelayanan yang diterima oleh partisipan selama menunggu pasien.

“pelayanannya udah bagus sih mbak...” (P1, hal 2, line 40)

“terus aku minta anu informasi ya dilayani baik...” (P2, hal 3, line 5)

“ya penangannya juga lebih bagus disini ,menurut saya...” (P3, hal 6, line 43)

“mereka kan professional dibidangnya...” (P5, hal 12, line 47)

c. Kunjungan

Sub tema selanjutnya yang ditemukan adalah terkait kunjungan yang banyak disampaikan oleh partisipan sebagai bagian dari kebutuhannya. Kunjungan tersebut berhubungan dengan lamanya kunjungan yang diharapkan oleh seluruh partisipan.

“He.em itu banyak yang ngeluh itu, tadi didepan juga ada yang nunggu, susah untuk masuk...” (P1, hal 2, line 31-32)

“ya kurang, masih jam 6 udah habis kok...” (P2, hal 3, line 19)

“jam kunjung kan jam 4 sampai jam 7, cuma kok kalo di ICU hanya 1 jam, iya jam 5 itu udah ditutup...” (P3, hal 5, line 6-7)

“pasien dirawat 24 jam, tapi jam kunjungnya cuma 1 jam aja yakan cuma sebentar...” (P4, hal 9, line 19-20)

d. Kedekatan

Sub tema ketiga yaitu terkait kedekatan baik antara partisipan dengan pasien maupun partisipan dengan tenaga kesehatan. Terdapat 2 aspek terkait kedekatan yang ditemukan dalam penelitian ini diantaranya kehadiran dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Empat partisipan menyatakan bahwa mereka membutuhkan kehadiran dan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan pasien.

“Nganu ya mengharapka keluarga selalu dekat dan mendampingi...” (P2, hal 4, line 38)

“Atau ga dari luar dikasih kaca jadi kita bisa lihat dari luar kayak gitu...” (P3, hal 6, line 32-33)

“keluarga ga tau, cuma nunggu kayak gini tapi kalau butuh apa apa baru kita bantu. Jadi ga begitu diperlukan...” (P5, hal 11, line 32-33)

“Ya minimal 2 kali lah dalam sehari, pagi sama sore gitu. Jadi sekiranya keluarga ga terlalu khawatir gitu...” (P4, hal 9, line 23-24)

C. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Menerima Informasi

Hasil penelitian didapatkan bahwa tema menerima informasi merupakan kebutuhan keluarga pasien ICU dimana menerima informasi secara lengkap menjadi subtemanya. Menerima informasi terkait perkembangan pasien merupakan kebutuhan paling penting dari anggota keluarga pasien ICU. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian (Wilson et al., 2015) di ruang ICU dengan hasil sebanyak 83% keluarga pasien menyatakan bahwa informasi merupakan hal yang diperlukan. Informasi juga menjadi kebutuhan paling esensial dan sangat penting. Hal ini dikarenakan dengan mengetahui informasi, keluarga akan menjadi paham dan informasi tersebut dapat dikelola secara maksimal serta dapat memperkuat coping individu (De Beer et al., 2016; Laidsaar-Powell et al., 2016; McCann and Lubman, 2018; Muniyiginya and Brysiewicz, 2014).

Keluarga yang sedang menunggu pasien akan terpicu untuk mencari informasi mengenai kondisi pasien selama

perawatan di ruang ICU. Karakteristik informasi yang diharapkan oleh keluarga yaitu mendapatkan informasi secara lengkap. Informasi lengkap yang dimaksud adalah informasi yang menggambarkan keadaan dan perkembangan pasien secara jujur, bersifat factual, mudah dipahami serta bebas dari ketidakkonsistenan agar tidak menciptakan kebingungan serta mengganggu secara emosional (De Beer et al., 2016; Farahani et al., 2014; Muniyiginya and Brysiewicz, 2014).

Sebagian besar keluarga yang berpartisipasi dalam penelitian ini merasakan kecemasan akibat kondisi pasien. Strategi untuk mengurangi kecemasan bahkan kekhawatiran keluarga pasien ICU adalah dengan menerima informasi tentang kondisi pasien. Selain itu, informasi mengenai lingkungan ICU dan prosedur umum dapat diterima selama kontak pertama dengan staf. Hal ini dapat membantu keluarga untuk lebih memahami situasi pasien dan meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan petugas ICU (Farahani et al., 2014 & jeziarska, 2014).

Carlson et al., (2015) memaparkan bahwa tiap anggota keluarga yang berbeda akan memiliki kebutuhan informasi yang juga berbeda baik dalam jumlah informasi maupun tingkat informasi yang diterima. Sumber utama keluarga dalam mendapatkan informasi yaitu tenaga kesehatan. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga oleh tenaga kesehatan merupakan tantangan tersendiri, namun hal ini menjadi langkah penting untuk meningkatkan komunikasi dengan keluarga. Pada dasarnya memahami kebutuhan informasi anggota keluarga merupakan kunci dalam menangani kebutuhan informasi, untuk meningkatkan komunikasi maupun dalam pengambilan keputusan (Wilson et al., 2015).

Anggota keluarga menggambarkan perawat sebagai sumber informasi utama. Menjelaskan apa yang terjadi pada pasien akan membuat kepercayaan diri bagi anggota keluarga dan kemungkinan lebih besar keluarga akan merasa lebih siap untuk apa yang terjadi selanjutnya. Temuan lain pada beberapa penelitian memaparkan bahwa banyak informasi yang diterima anggota keluarga hanyalah factual tanpa

interpretasi. Misalnya memberitahu tanda vital dan hasil laboratorium serta sering berfokus pada aspek informasi positif (Adams et al., 2014 & Carlson et al., 2015).

2. *Support System*

Sebagian masalah yang dialami oleh keluarga pasien *Intensive Care Unit* (ICU) akan terselesaikan dengan adanya sumber dukungan. Hal ini tampak pada keluarga yang sedang menunggu pasien, dimana kehadiran anggota keluarga lain menjadi salah satu faktor dukungan yang bisa didapatkan. Merujuk pada hasil penelitian ini, tema *support system* merupakan kebutuhan lain yang diharapkan oleh keluarga selain informasi yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan spiritual, dukungan sosial dan dukungan finansial.

a. Dukungan Emosional

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa keluarga pasien sebagian besar mengalami perubahan kondisi emosional. Perubahan kondisi tersebut meliputi kecemasan dan kekhawatiran yang diakibatkan oleh keadaan pasien. Penemuan penelitian ini sejalan dengan

beberapa penelitian yang menyatakan bahwa keluarga pasien ICU akan mengalami beberapa gejala depresi. Gejala yang terjadi dapat berupa cemas, khawatir, sedih, takut dan bahkan bingung (Carlson et al., 2015).

Tekanan yang dialami oleh keluarga tersebut dapat meningkatkan kebutuhan mereka mengenai dukungan emosional. Kebutuhan dukungan emosional dapat diperoleh dari berbagai sumber. Salah satu sumber dukungan emosional bagi keluarga pasien yaitu dari tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan akan menggunakan intervensi komunikasi untuk mendukung keluarga pasien (McCann and Lubman, 2018).

Dukungan emosional yang diharapkan oleh keluarga berupa adanya komunikasi dan kunjungan keluarga yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Hal tersebut akan berdampak pada keadaan emosional keluarga, dimana keluarga akan merasa lebih diperhatikan sebagai individu yang utuh. Sesuai dengan penelitian Carlson et al., (2015) bahwa bentuk dukungan emosional

yang akan berdampak langsung untuk keluarga yaitu dengan meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan. Komunikasi ini dapat membantu mengurangi tekanan emosional anggota keluarga dengan cara menumbuhkan harapan yang seimbang dengan realistis.

Carlson et al., (2015) & McCann and Lubman, (2018) menyatakan strategi komunikasi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi memperhatikan kekhawatiran (hal ini termasuk memastikan bahwa anggota keluarga merasa nyaman, mendorong untuk mengekspresikan emosi mereka, memiliki pandangan optimis, dan mendorong praktek spiritual). Sebagai contoh, tenaga kesehatan menjadi flexible untuk memungkinkan kunjungan informal.

Menunjukkan perilaku profesionalisme merupakan strategi lain yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam melakukan komunikasi dengan keluarga. Memberikan kepercayaan kepada keluarga bahwa pasien berada ditangan perawat yang professional dan membantu

anggota keluarga dalam memecahkan suatu masalah dapat meningkatkan penerimaan keluarga (Carlson et al., 2015).

Carlson et al., 2015 & Laidsaar-Powell et al., 2016 memaparkan ada berbagai metode yang dapat diterapkan dalam menciptakan dukungan emosional. Dukungan ini bertujuan untuk membangun hubungan saling percaya antara keluarga dan tenaga kesehatan. Bentuk dukungan tersebut dapat berupa dukungan terbuka, seperti dukungan fisik (menggunakan sentuhan dan melakukan kontak mata) saat berkonsultasi. Dukungan tidak berwujud, seperti duduk dekat dengan keluarga dan terlibat dalam obrolan ringan.

b. Dukungan Spiritual

Temuan lain yang muncul dalam penelitian ini yaitu adanya dukungan spiritual. Anggota keluarga pasien ICU pada umumnya merasakan adanya peningkatan kebutuhan spiritual. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa seluruh partisipan melibatkan kegiatan spiritual sebagai bagian dari proses penyembuhan pasien. Hal ini sesuai

dengan penelitian Abuatiq., (2015) & Bashar et al., (2018) yang menyatakan bahwa spiritualitas merupakan bagian integral dari sebuah perawatan dan mempengaruhi perkembangan pasien ICU.

Spiritual adalah kebutuhan individu yang mengacu pada cara seseorang mencari dan mengekspresikan makna dan tujuan hidupnya menurut keagamanya. Berdoa merupakan salah satu kegiatan yang dapat dilakukan sebagai bagian dari kegiatan spiritualitasnya. Studi kualitatif menemukan bahwa mayoritas anggota keluarga menghargai agama dan doa sebagai bentuk harapan dan dorongan (Kisorio and Langley, 2016).

Pada masa krisis pada umumnya mengarah pada spiritual yang positif dan kesiapan untuk kehidupan spiritual yang lebih baik. Kebutuhan spiritual ini dipercaya keluarga memiliki manfaat untuk proses penerimaan sakit, kekuatan dalam menghadapi tekanan serta sebagai sumber harapan. Terdapat manfaat lain dari perawatan spiritual yaitu peningkatan persepsi kualitas perawatan. Dimana

perawatan spiritual digambarkan sebagai bantuan untuk penyembuhan dan sebagai kekuatan yang dapat mengurangi kecemasan dan memberikan harapan (Ho et al., 2018; Urden et al, 2019; Balboni et al 2017).

c. Dukungan Sosial

Data yang diperoleh mengenai *support system* bagi keluarga pasien ICU adalah adanya dukungan social. Dukungan sosial yang dimaksud berkaitan dengan adanya sumber serta bentuk dukungan. Sumber dukungan keluarga pasien ICU meliputi dukungan dari tenaga kesehatan, anggota keluarga serta teman. Hal ini sesuai dengan penelitian Coelho et al., 2016 yang menyatakan bahwa sumber dukungan yang dapat teridentifikasi berasal dari tenaga kesehatan, keluarga bahkan teman. Prioritas tertinggi dukungan berasal dari staf ICU.

Bentuk dukungan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan dukungan pada keluarga yaitu dengan cara memberikan informasi dan motivasi. Penelitian Adams et al., 2014 yang menyatakan bahwa perilaku mendukung

yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu berkomunikasi dengan anggota keluarga. Keluarga pada dasarnya menghargai informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan mengenai kegiatan bahkan peralatan yang digunakan untuk perawatan pasien. White et al., 2018 menyatakan bahwa dengan komunikasi yang lebih baik, lama rawat pasien akan menjadi pendek.

Dukungan yang diberikan oleh beberapa pihak menjadi salah satu kebutuhan yang penting. Hal ini dikarenakan akan mengurangi tingkat kecemasan anggota keluarga yang menunggu. Pendapat lain diungkapkan oleh Alsharari, 2019 yang menyatakan bahwa dukungan merupakan bukan kebutuhan utama, namun beberapa berpendapat bahwa dukungan ini tetap dibutuhkan.

d. Dukungan Finansial

Pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) memiliki resiko tinggi terhadap masalah kesehatan baik actual maupun potensial yang dapat mengancam jiwanya. Situasi ini berdampak pada proses perawatan pasien yang

membutuhkan keahlian dan keterampilan medis serta penggunaan peralatan dengan teknologi tinggi. Hal ini akan berdampak pada meningkatnya bahkan tingginya biaya perawatan pasien (Rizany & Hariyati, 2017; Wood & Holt, 2018).

Terkait sistem dukungan, dalam hal ini jaminan kesehatan merupakan salah satu alternative yang digunakan oleh sebagian besar partisipan. Alsharari (2019) menyatakan bahwa anggota keluarga pasien yang di rawat di ICU memiliki peningkatan tingkat kebutuhan salah satunya terkait jaminan.

Jaminan kesehatan yang digunakan oleh sebagian besar partisipan yaitu BPJS untuk biaya perawatan pasien. Selain BPJS, partisipan lain juga menggunakan Jasa Raharja sebagai alternative lain untuk menanggung biaya selama perawatan pasien di *Intensive Care Unit* (ICU). Adanya jaminan yang diperoleh dari pemerintah, sebagian besar partisipan mengaku bahwa sangat terbantu dan meringankan biaya perawatan pasien serta menjadi bagian

yang sangat penting. Pada penelitian Khatri Chhetri & Thulung, (2018) menyatakan bahwa perawat juga mengasumsikan bahwa jaminan merupakan kebutuhan paling penting bagi anggota keluarga pasien sebanyak 86.25%.

3. Kenyamanan

a. Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pemenuhan kebutuhan dasar merupakan kebutuhan paling berperan penting dalam proses kelangsungan hidup. Data yang diperoleh selama wawancara dengan partisipan didapatkan bahwa partisipan merasa terganggu apabila kebutuhannya tidak terpenuhi secara maksimal. Hal ini sesuai dengan penelitian Wood and Holt, (2018) bahwasannya kebutuhan fisiologis dalam teori Maslow memainkan peranan penting dalam kehidupan. Kebutuhan fisiologis ini terdiri dari barang yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup manusia seperti makan, air, tempat tinggal, istirahat, kenyamanan dan lain-lain. Apabila

kebutuhan ini tidak terpenuhi secara maksimal, maka akan mengganggu proses kehidupan seseorang.

Hasil penelitian ini didapatkan data bahwa partisipan memerlukan kelengkapan fasilitas terkait dengan aktivitas harian. Hal yang menunjang untuk pemenuhan kebutuhan dasar partisipan tidak terpenuhi secara maksimal. Adanya kebutuhan yang semakin besar dari keluarga, maka diperlukan pemahaman yang lebih tinggi mengenai desain yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan perawatan terlebih melibatkan keluarga. Meningkatkan pengetahuan di antara perancang layanan kesehatan dan pembuat keputusan tentang peran desain dalam perawatan pasien dan keluarga dapat meningkatkan upaya tim lintas disiplin untuk menciptakan solusi interior yang akan bermanfaat bagi pasien, keluarga dan staf medis (Bosch and Lorusso, 2019).

b. Fasilitas

Data yang diperoleh terkait kebutuhan kenyamanan selama menunggu pasien ICU yaitu fasilitas. Terkait

dengan fasilitas yang diharapkan, terdapat dua kategori yang berhubungan dengan fasilitas diantaranya lingkungan dan pelayanan. Hal ini sesuai dengan penelitian Bosch and Lorusso (2019) yang menyatakan bahwa lingkungan fisik dapat mempengaruhi perawatan pasien dan keluarga. Kenyamanan secara fisik terdiri dari ruang, misalnya ukuran ruangan dan kenyamanan indra misalnya suhu ruangan. Kenyamanan fisik dipengaruhi oleh elemen dasar interior seperti tingkat kebisingan dan pencahayaan.

Munyiginya & Brysiewicz, (2014) & Rippin (2016) menyatakan bahwa ada beberapa hal yang menjadi peran penting dalam memfasilitasi perawatan diruang ICU. Salah satunya yaitu struktur penyusunan ruangan. Elemen fisik seperti kaca, kamar pasien yang lebih besar dan ruang pertemuan pribadi untuk berdiskusi. Kehadiran keluarga meningkat apabila disediakan tempat duduk yang nyaman disamping bed pasien. Munyiginya and Brysiewicz (2014) menyatakan bahwa kenyamanan juga bisa didapatkan dengan adanya ruang tunggu yang berada didekat dengan

pasien dan memiliki kenyamanan atas fasilitas ruang tunggu.

Hal berbeda terdapat dalam penelitian Jacob et al., (2016) yang menemukan bahwa fasilitas fisik terkait kenyamanan keluarga pasien menjadi kebutuhan yang kurang penting bagi anggota keluarga. Hal ini dipaparkan bahwa kebutuhan paling utama bagi keluarga adalah yang berkaitan dengan pasien, seperti mengenai informasi, mengunjungi pasien, diberikan harapan, komunikasi dengan tenaga kesehatan serta diyakinkan bahwa pasien sedang dalam perawatan terbaik.

Selain kondisi lingkungan yang dapat meningkatkan kenyamanan keluarga yaitu terkait pelayanan. Pelayanan yang dimaksud adalah bagaimana tenaga kesehatan memberikan penjelasan serta tindakan yang dilakukan pada pasien maupun keluarga. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan keluarga sehingga keluarga dapat merasakan nyaman atas pelayanan yang diberikan. Adams et al., (2014) menyatakan bahwa pelayanan yang

dapat diberikan oleh tenaga kesehatan dapat berupa komunikasi dengan keluarga. Hal ini merupakan bagian penting dari peran mereka dan menggambarkan perilaku yang mendukung.

Tenaga kesehatan membutuhkan keterampilan khusus mengenai cara berkomunikasi secara efektif agar keluarga dapat memahami informasi yang diberikan. White et al., (2018) menyatakan hal ini tidak secara signifikan berpengaruh terhadap gejala psikologis keluarga, namun intervensi ini menjadi hal yang lebih baik selama proses perawatan.

c. Kunjungan

Hasil wawancara terkait kenyamanan keluarga pasien ICU adalah kunjungan. Data yang diperoleh mengenai kunjungan keluarga pasien ICU adalah berhubungan dengan lama kunjungan. Sesuai penelitian Jacob et al., (2016); Khaleghparast et al., (2015); Rosa et al., (2017) keluarga pasien ICU membutuhkan waktu untuk melakukan kunjungan. Mengunjungi pasien merupakan

strategi positif dan efektif untuk membantu keluarga maupun pasien dalam membantu beradaptasi lebih baik dengan tingkat stress dan krisis di ruang ICU. Selain itu, dengan adanya kunjungan akan mengurangi masa koma dan lama tinggal pasien.

Menurut *American Association of Critical Care Nurses* (AACN) 2016, strategi kunjungan yang dapat dilakukan yaitu dengan kunjungan tanpa batas dimana hal tersebut dapat mendukung meningkatnya komunikasi, memfasilitasi pemahaman yang lebih baik tentang pasien serta meningkatkan kepuasan staf. Khaleghparast et al., (2015) menyatakan bahwa strategi kunjungan tanpa batas atau terbuka merupakan kebutuhan penting baik bagi keluarga maupun pasien. Kebijakan kunjungan yang fleksibel dan terbuka dapat memiliki efek positif bagi kondisi pasien bahkan keluarga yang pada akhirnya dapat membantu mengatasi kondisi krisis serta menjadi lebih puas.

Bukti menunjukkan bahwa adanya kunjungan keluarga akan menurunkan tingkat kecemasan, kebingungan, mengurangi komplikasi kardio vaskuler dan penurunan lama tinggal pasien. Kunjungan yang tidak dibatasi menunjukkan hasil meningkatkan kepuasan, mengurangi kecemasan, meningkatkan komunikasi lebih baik, pemahaman yang lebih baik tentang pasien, memungkinkan lebih banyak kesempatan untuk pengajaran pasien maupun keluarga karena keluarga menjadi lebih terlibat dalam perawatan (AACN, 2016).

Beberapa penelitian Jacob et al., (2016) & Khaleghparast et al., (2015) menunjukkan adanya perbedaan pendapat mengenai kunjungan yang dapat dilakukan oleh keluarga khususnya diruang ICU. Terdapat 2 metode mengenai kunjungan diantaranya kunjungan terbatas dan kunjungan terbuka. Kunjungan terbatas adalah metode yang memungkinkan kehadiran keluarga selama waktu tertentu, sedangkan kunjungan terbuka

memungkinkan pengunjung dan keluarga kapan saja mereka mau.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa strategi kunjungan terbuka adalah kebutuhan penting baik bagi keluarga maupun pasien. Kebijakan kunjungan yang fleksibel dan terbuka dapat memiliki efek positif bagi kondisi pasien bahkan keluarga yang pada akhirnya dapat membantu mengatasi kondisi krisis serta menjadi lebih puas. Namun, jam kunjung yang terbuka akan menyebabkan kekhawatiran utama bagi perawat maupun dokter diantaranya dapat meningkatkan stress fisiologis pasien, mengganggu proses perawatan, kelelahan fisik dan emosional keluarga (AACN, 2016).

Jacob et al., (2016) menyatakan bahwa memiliki kebijakan kunjungan yang tidak dibatasi dalam ICU tidak akan mengubah peringkat anggota keluarga dari kebutuhan penting dan tidaknya, akan tetapi kebutuhan mereka akan lebih terpenuhi. Tingkat kepuasan anggota

keluarga akan semakin tinggi apabila memiliki kebijakan kunjungan yang lebih liberal.

Pendapat mengenai adanya batasan kunjungan terdapat pada penelitian Khaleghparast et al., (2015) dimana adanya batasan kunjungan keluarga dapat berdampak positif. Beberapa perawat ICU mempercayai bahwa kunjungan keluarga menyebabkan lebih banyak tekanan fisiologis, kelelahan emosional, membahayakan keselamatan pasien jika diperlukan akses darurat. Selain itu, dengan adanya kunjungan keluarga dapat meningkatkan kemungkinan infeksi serta mengganggu proses perawatan.

AACN (2016) menyatakan bahwa pada praktiknya, 78% perawat ICU lebih memilih kebijakan yang tidak dibatasi, namun sebanyak 70% kebijakan ICU rumah sakit membatasi kunjungan keluarga. Beberapa perawat ICU mempercayai bahwa kunjungan keluarga dapat meningkatkan stress fisiologis bagi pasien dan mengganggu proses perawatan dan dapat berkontribusi

terhadap peningkatan infeksi, namun bukti tidak mendukung keyakinan ini. Hal ini menyebabkan konflik antara perawat dan kebingungan keluarga pasien.

d. Kedekatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa keluarga pasien ICU membutuhkan kedekatan dengan pasien. Terkait hal kedekatan, partisipan menyatakan keinginan untuk hadir dan dilibatkan dalam perawatan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Fateel and O'Neill, (2015) & Jezierska et al., (2014) bahwa anggota keluarga menyatakan perlunya menjadi bagian dari perawatan pasien. Keterlibatan dalam perawatan pasien merupakan salah satu pencegahan yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien.

Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan dapat dilakukan dengan melaksanakan beberapa prosedur perawatan pasien. Sebagai contoh memberikan pelembab untuk pasien yang telah diajarkan oleh tenaga kesehatan sebelumnya. Intervensi seperti ini dibutuhkan untuk

mendukung relaksasi keluarga pasien ICU. Keterlibatan keluarga dalam perawatan juga dapat bermanfaat bagi pasien (Fateel and O'Neill, 2015).

Atika & Halimuddin (2018) menyatakan bahwa kebutuhan kedekatan antara keluarga dan pasien bisa didapatkan dengan adanya komunikasi antara petugas kesehatan, dimana petugas kesehatan menghubungi keluarga saat terjadi perubahan pada kondisi pasien. Hal ini merupakan kebutuhan yang paling dominan terkait kedekatan. Selain komunikasi, kehadiran fisik anggota keluarga yang berkepanjangan akan memiliki kemungkinan besar meningkatkan informasi tentang pasien dan membuat keluarga lebih sadar akan perawatan yang telah dilakukan (Jacob et al., 2016).

Kehadiran keluarga merupakan komponen dari keterlibatan keluarga yang telah diteliti secara luas dalam literature perawatan kritis. Anggota keluarga rela menghabiskan waktu diruang tunggu dan meninggalkan aktivitas mereka untuk mengetahui bagaimana kondisi

pasien yang sedang dirawat intensif. Keluarga bahkan bersedia untuk berpartisipasi dalam perawatan. Akan tetapi temuan secara umum menyatakan bahwa perawat perawatan kritis secara keseluruhan enggan untuk melibatkan anggota keluarga dalam proses perawatan. (Fateel and O'Neill, 2015; Munyiginya and Brysiewicz, 2014).

Berdasarkan hasil analisa diatas, peneliti menemukan adanya keterkaitan antara tema satu dengan yang lainnya mengenai kebutuhan psikososial keluarga pasien ICU. Terdapat tiga tema yang memiliki keterkaitan meliputi menerima informasi, *support system* dan kenyamanan. Salah satu strategi dalam memenuhi kebutuhan keluarga pasien ICU yaitu melibatkan berbagai aspek sistem dukungan. Hal ini sesuai dengan penelitian Kisorio and Langley (2016) yang menyatakan bahwa terdapat beberapa kebutuhan keluarga pasien meliputi informasi, dukungan spiritual maupun dukungan emosional.

Bentuk *support system* yang muncul dalam tema penelitian ini merupakan bagian utama dalam memenuhi kebutuhan pasien. Salah satu bagian dari sistem dukungan yaitu terkait dukungan emosional. Menurut Carlson et al., (2015) pada dasarnya keluarga pasien ICU akan mengalami beberapa gejala depresi seperti cemas, khawatir, sedih, takut dan bahkan bingung. Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah emosional yaitu dengan cara meningkatkan komunikasi antara petugas kesehatan dan keluarga. Hal ini dapat membantu mengurangi tekanan emosional keluarga pasien (McCann and Lubman., 2018).

Informasi yang dapat disampaikan petugas kesehatan merupakan bagian dari bentuk dukungan sosial. Hal ini termasuk dalam memberi informasi terkait dengan perkembangan pasien. Mendapatkan informasi mengenai kondisi pasien dapat memperkuat koping keluarga pasien, memahami situasi pasien serta meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan petugas ICU (De Beer et al., 2016;

Laidsaar-Powell et al., 2016; McCann and Lubman, 2018; Munyiginya and Brysiewicz, 2014).

Peningkatan komunikasi dan pemberian informasi yang dilakukan petugas kesehatan akan berdampak baik bagi keluarga. Kenyamanan pasien akan meningkat seiring dengan banyaknya informasi yang diterima serta aktifnya petugas kesehatan dalam melibatkan keluarga selama proses perawatan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Fateel and O'Neill, (2015) & Jezierska et al., (2014) bahwa anggota keluarga menyatakan perlunya menjadi bagian dari perawatan pasien. Keterlibatan dalam perawatan pasien merupakan intervensi lain yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien.

Ketersediaan fasilitas merupakan merupakan salah satu komponen dalam hal kenyamanan. Lingkungan dan pelayanan menjadi focus utama berkaitan dengan fasilitas, keduanya dapat mempengaruhi kenyamanan keluarga pasien ICU. Hal ini sesuai dengan penelitian Bosch and

Lorusso (2019) yang menyatakan bahwa lingkungan fisik dapat mempengaruhi perawatan pasien dan keluarga.

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menemukan adanya keterbatasan dalam keseluruhan proses penelitian. Keterbatasan penelitian ini berkaitan dengan proses pengambilan data. Peneliti tidak melibatkan perawat dan tenaga kesehatan lain sebagai bagian dari proses penelitian. Sehingga selama pengambilan data peneliti kesulitan mendapatkan partisipan. Selain itu, saat melakukan validasi data hasil wawancara ada salah satu partisipan yang tidak bertemu secara langsung, sehingga validasi data dilakukan melalui telepon.

Keterbatasan lain ditemukan pada saat observasi, dimana peneliti tidak melakukan observasi secara menyeluruh dan mendalam berkaitan dengan bagaimana tenaga kesehatan memberikan informasi kepada keluarga. Peneliti tidak melakukan wawancara pada aspek jaminan sehingga peneliti tidak mendapatkan jawaban atas pertanyaan tersebut.