

SKRIPSI

**PENGALAMAN KELUARGA MENGHADAPI HOSPITALISASI PASIEN
KRITIS DI RUANG PERAWATAN INTENSIVE CARE UNIT**

LITERATURE REVIEW

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi
Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

MARIA THERESIA DHIU

NIM. 131911123008

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2021

SKRIPSI

Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis Di Ruang Perawatan Intensive Care Unit

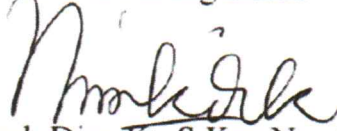
Oleh:

Maria Theresia Dhiu
131911123008

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL Januari 2021

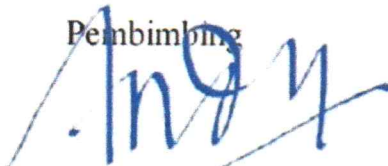
Oleh

Pembimbing Ketua



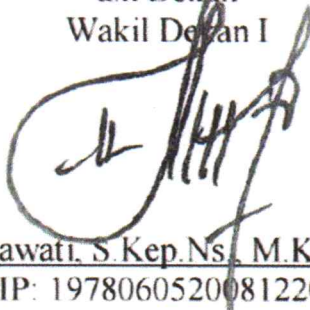
Dr. Ninuk Dian K., S.Kep.Ns., MANP.
NIP: 197703162005012001

Pembimbing



Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 198206192015041001

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP: 197806052008122001

SKRIPSI

**Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis
Di Ruang Perawatan Intensive Care Unit**

Oleh :

Nama : Maria Theresia Dhiu

NIM. 131911123008

Telah diuji

Pada Tanggal 08 Maret 2021.

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns.,M.Ng

Anggota : 1. Dr. Ninuk Dian K., S.Kep.Ns., MANP

2. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widayawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB.
NIP: 197806052008122001

PERNYATAAN ORISINALITAS PENELITIAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 08 Maret 2021

Yang menyatakan

Maria Theresia Dhiu
NIM. 131911123008

MOTTO

“Ubah Pikiranmu Maka Kau Dapat Mengubah Duniamu “

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan yang maha kuasa, atas hikmat dan bimbinganNYA penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis Di Ruang Perawatan Intensive Care Unit“. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya dengan hati yang tulus mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas bagi penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan akademik di FakultasKeperawatan.
2. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan akademik di Fakultas Keperawatan.
3. Dr. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes selaku Kepala Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan akademik di FakultasKeperawatan.
4. Dr. Ninuk Dian K., S.Kep.Ns., MANP₂ selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu untuk membimbing, memotivasi, memberikan

masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.

5. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu untuk membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Dr. Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng selaku ketua penguji yang telah memberikan masukan, arahan dan waktu demi kesempurnaan skripsi ini.
7. Candra Panji Asmoro, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
8. Keluarga tercinta: kedua orangtua, Suami saya Cosmas Kase dan anak tercinta saya Georgia Marieth Maja, Kristian Kase dan Joen Michael Kase yang telah memberikan izin untuk melanjutkan pendidikan dan yang selalu menjadi penyemangat tatkala kemalasan, kejenuhan dan kebosanan melanda. Doa dan cinta kalian menjadi bagian penting dalam proses penyelesaian skripsi ini.
9. Teman-teman seperjuangan Alih Jenis B22 khususnya AJ2 atas kebersamaan, dukungan dan bantuan yang membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 03 Maret 2021

Penulis

ABSTRAK

PENGALAMAN KELUARGA MENGHADAPI HOSPITALISASI PASIEN KRITIS DI RUANG PERAWATAN INTENSIVE CARE UNIT

Literature Review

Oleh : Maria Theresia Dhiu

Pendahuluan: Perawatan Intensive Care Unit (ICU) adalah perawatan yang dapat menimbulkan perasaan stres, cemas, takut tidak hanya pada pasien tetapi juga pada keluarga pasien. Lingkungan yang asing, peraturan ruang intensif, perubahan status emosi, dan perubahan aktivitas harian adalah beberapa faktor penyebab stres pada keluarga pasien ICU. Tujuan penelitian ini Mengungkapkan pengalaman keluarga dalam menghadapi hospitalisasi di ruang perawatan intensive care unit berdasarkan studi empiris dalam lima tahun terakhir.

Metode: Pencarian jurnal menggunakan database terindeks Scopus, Proquest, ScienceDirect dan PubMed menggunakan kata kunci: hospitalisasi, keluarga, pasien kritis, ICU. *The Centre for Review and Dissemination and The Joanna Briggs Institute* digunakan untuk menilai kualitas penelitian. Framework yang digunakan adalah PICOS dengan kriteria inklusi yaitu jurnal berbahasa Inggris dan Indonesia, tahun terbit 2015 hingga 2020. Dilakukan analisis dan tabulasi data pada artikel atau jurnal, judul, abstrak, teks lengkap dan metodologi dinilai untuk menentukan kelayakan artikel atau jurnal.

Hasil: Pengalaman keluarga dalam menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan ICU memiliki dampak pada keluarga yang merawat pasien tersebut baik secara fisik dan psikologis. Selama hospitalisasi pasien, keluarga berperan memberikan perhatian, kasih sayang, menciptakan keamanan dan privasi, mengadvokasi dan memastikan pasien mendapatkan perawatan yang baik

Kesimpulan: Pengalaman hospitalisasi dapat mengganggu psikologi dan psikososial klien terlebih bila klien tersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit.

Kata Kunci: Hospitalisasi, Keluarga, Pasien Kritis, ICU

ABSTRACT

FAMILY EXPERIENCES FACING CRITICAL PATIENT HOSPITALIZATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT ROOM

Literature Review

By: Maria Theresia Dhiu

Introduction: Intensive Care Unit (ICU) is a treatment that can cause feelings of stress, anxiety, fear not only to the patient but also to the patient's family. The unfamiliar environment, intensive space regulation, changes in emotional status, and changes in daily activities are some of the factors that cause stress in the ICU patient's family. The purpose of this study is to reveal the experiences of families in facing hospitalization in intensive care units based on empirical studies.

Methods: Journal searches use indexed databases Scopus, Proquest, ScienceDirect and PubMed using keywords: hospitalization, family, critical patient, icu. The Center for Review and Dissemination and The Joanna Briggs Institute was used to assess the quality of the study. The framework used is PICOS with inclusion criteria, namely journals in English and Indonesian, published years 2015 to 2020. Analyzes and tabulation of data on articles or journals, titles, abstracts, full text and methodology are assessed to determine the eligibility of articles.

Results: The family's experience in dealing with critical patient hospitalization in the ICU care room has an impact on the family who treats these patients both physically and psychologically. During patient hospitalization, the family plays a role in providing care, compassion, creating security and privacy, advocating.

Conclusion: The experience of hospitalization can disrupt the client's psychology and psychosocial condition, especially if the client is unable to adapt to his new environment at the hospital.

Keywords: Hospitalization, Family, Critical Patients, ICU

DAFTAR ISI

MOTTO	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Keluarga.....	6
2.1.1 Definisi Keluarga	6
2.1.2 Fungsi Keluarga.....	6
2.1.3 Tugas Kesehatan Keluarga.....	8
2.2 Konsep Hospitalisasi	10
2.2.1 Definisi hospitalisasi	10
2.2.2 Stresor dan reaksi terhadap hospitalisasi.....	10
2.2.3 Cemas karena perpisahan	10
2.2.4 Kehilangan Kendali.....	12
2.2.5 Cedera Tubuh dan Nyeri	13
2.2.6 Stresor dan reaksi keluarga terhadap hospitalisasi	13
2.3 Mekanisme koping.....	15
2.4 Konsep Pasien Kritis	20
2.4.1 Definisi Pasien Kritis	20
2.4.2 Karakteristik Pasien Di Unit Perawatan Kritis.....	23
2.4.3 Dukungan Keluarga pada Pasien dengan Perawatan ICU	25
2.5 Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis.....	26

BAB III METODE	27
3.1 Strategi Pencarian Literature	27
3.1.1 Desain Penelitian.....	27
3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas.....	31
3.3.1 Hasil pencarian dan seleksi studi	31
3.3.2 Penilaian Kualitas	32
3.3.3. Daftar artikel hasil pencarian	33
BAB IV	40
HASIL DAN ANALISIS.....	40
4.1 Karakteristik Artikel atau Jurnal	40
4.2 Karakteristik Studi	42
4.3 Karakteristik Responden dalam Studi	42
4.6 Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan Intensive Care Unit.....	49
BAB V.....	54
PEMBAHASAN	54
BAB VI.....	61
PENUTUP.....	61
6.1 Kesimpulan.....	61
6.2 Saran	61
6.2.1 Bagi Responden	61
6.2.2 Bagi Institusi Kesehatan	62
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	62
6.2.4 Conflict of Interest	62
DAFTAR PUSTAKA	63

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Tabel PICOS *framework*..... 31

Tabel 3.2 Tabel Kata Kunci *Literature Review* 32

Tabel 3.3 Tabel Kriteria Inklusi dan Eksklusi 33

Tabel 4.1 Karakteristik Artikel atauJurnal.....40

Tabel 4.2 Hasil penilaian studi.....41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Gambar Diagram *Flow Literature Review* 35

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawatan Intensive Care Unit (ICU) adalah perawatan yang dapat menimbulkan perasaan stres, cemas, takut tidak hanya pada pasien tetapi juga pada keluarga pasien. Lingkungan yang asing, peraturan ruang intensif, perubahan status emosi, dan perubahan aktivitas harian adalah beberapa faktor penyebab stres pada keluarga pasien ICU (Farhan, 2014). Ketatnya peraturan kunjungan, komunikasi yang kurang dari tim ICU, kurangnya informasi medis yang komprehensif terkait kondisi pasien dan ketidakstabilan kondisi pasien membuat keluarga merasa semakin stress, yang menimbulkan rasa tertekan dan sedih (Maite, Antoine, Philippe, et al, 2014).

Keluarga tidak dapat dipisahkan dari proses perawatan ICU, dimana pada lingkup perawatan kritis keluarga memiliki peran *active presence*, *protector*, *facilitator*, *historian* dan *coaching* (McAdam, 2008). Selain itu keterlibatan keluarga dapat menurunkan Length Of Stay (LOS) pasien 3,2 – 5,3 hari dan mengurangi resiko perawatan ulang (O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, et al, 2013).

Penurunan kemampuan mengambil keputusan dari pasien membuat dokter sering meminta keluarga mengambil alih pengambilan keputusan (Huffines et al., 2013). Kecemasan, depresi, dan stres yang dialami keluarga muncul sejak hari pertama perawatan di ICU (Azoulay, Chaize, & KentishBarnes, 2014;

McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, 2010; Płaszewska-żywko & Gazda, 2012; Turner-Cobb et al., 2016).

Rumah sakit umum dan khusus merupakan pengelompokan dari jenis rumah sakit di Indonesia. Rumah sakit merupakan suatu sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan kepada masyarakat, baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat (Depkes RI, 2019). Berdasarkan survey data awal melalui wawancara dengan salah satu perawat yang bertugas di Rumah Sakit di Kota Kupang didapatkan informasi untuk jumlah pasien kritis yang ada di ICU semakin meningkat setiap tahun. Hasil penelitian yang dilakukan dengan teknik wawancara tahun 2020 pada sebanyak 1.300 pasien dan keluarga pdi RS tersebut dimana didapatkan hasil pasca 1 bulan merawat anggota keluarga di ICU mengalami coping yang tidak baik untuk keluarga tersebut.

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan berencana atau darurat, dimana mengharuskan pasien untuk tinggal di Rumah Sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, pasien dan keluarga dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Perawatan pasien di Rumah Sakit tidak hanya menimbulkan masalah bagi pasien, tetapi juga bagi keluarga. Banyak penelitian membuktikan bahwa perawatan pasien di rumah sakit menimbulkan stres pada keluarga.. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan

keperawatan. Keluarga berperan dalam hospitalisasi anggota keluarga yang sakit. Hampir semua keluarga berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi pasien dengan reaksi yang luar biasa konsisten luar biasa konsisten disini maksudnya adalah dimana reaksi keluarga yang sering bertanya kapan anggota keluarganya akan keluar dari RS. Pada awalnya keluarga bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit keluarga bereaksi dengan marah. Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh keluarga (Herawati & Fithriyani, 2018).

Penelitian Bailey, & McVey, (2019) menyatakan penyebab stres keluarga adalah prognosis pasti kondisi pasien, ketakutan akan kematian dan kecacatan pasien, ketidaktahuan tentang lingkungan intensif, masalah keuangan, perubahan peran, minimnya komunikasi dan informasi. Untuk durasi lamanya stres Halm et, (2019) dalam Morton et al (2018) menyatakan stress tertinggi di derita keluarga pasien pada saat pertama masuk ICU (72 jam pertama) dan akan mulai menurun di hari ke 6 hingga ke 28. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa stres dan kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien bukanlah berasal dari penyebab tunggal, namun merupakan akumulasi dari beberapa faktor yang mempengaruhi, dan akan membutuhkan intervensi yang berbeda pula terhadap masing – masing faktor penyebab tersebut. Intervensi tersebut di berikan sedini mungkin pada saat keluarga mulai masuk ke dalam lingkungan ICU.

Dampak keluarga inilah yang akan menjadikan suatu pengalaman tersendiri untuk keluarga pasien. Pengungkapan pengalaman berarti mengemukakan atau memaparkan suatu peristiwa atau pengalaman yang pernah dialami berdasarkan urutan waktu terjadinya peristiwa. Pengalaman

keluarga inti dalam menghadapi hospitalisasi pada pasien kritis di ruang ICU berbeda-beda. Berdasarkan uraian di atas , maka peneliti akan melakukan penelitian lebih lanjut mengenai koping positif dan negatif pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan intensive care unit

1.2 RumusanMasalah

Bagaimana Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis Di Ruang Perawatan Intensive Care Unit ?

1.3 TujuanPenelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh penggambaran yang mendalam tentang koping positif dan negatif pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan intensive care.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengungkapkan pengalaman keluarga dalam menghadapi hospitalisasi di ruang perawatan intensive care unit

1.4 ManfaatPenelitian

1.4.1 ManfaatTeoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan kritis dalam menganalisis pengalaman keluarga mengahadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan intensive care unit.

1.4.2 ManfaatPraktis

1. BagiResponden

Sebagai wawasan atau informasi yang berguna dalam meningkatkan pengetahuan mengenai pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan intensive care unit

2. Bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan rekomendasi dan informasi penting bagi petugas kesehatan terkait masalah pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan intensive care unit

3. BagiPeneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam mengetahui pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. (Friedman, 1998)

2.1.2 Fungsi Keluarga

Ada lima (5) fungsi keluarga menurut Friedman (1998):

A. Fungsi afektif (*affective function*)

Berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif, perasaan memiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang dan reinforcement. Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan berhubungan dalam keluarga. Dengan demikian keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Perceraian, kenakalan anak, atau masalah keluarga sering timbul akibat tidak terpenuhinya fungsi afektif.

B. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social*

placementfunction)

Fungsi ini sebagai tempat untuk melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar tentang disiplin, norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga.

C. Fungsi reproduksi (*reproductivefunction*)

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol. Di sisi lain, banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan pernikahan sehingga lahirlah keluarga baru dengan satu orang tua.

D. Fungsi ekonomi (*economicfunction*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga seperti makan, pakaian, dan rumah. Fungsi ini sukar dipenuhi oleh keluarga dengan pendapatan yang lebih rendah dari kebutuhan pengeluaran.

E. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*)

Fungsi ini untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga. Bagi tenaga kesehatan keluarga yang profesional, fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga.

Fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan memelihara kesehatan. Keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga pula yang menentukan kapan anggota keluarga terganggu perlu meminta pertolongan tenaga profesional. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat-sakit juga mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

2.1.3 Tugas Kesehatan Keluarga

- A. Mengenal masalah kesehatan
- B. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- C. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Untuk menjalankan fungsi keluarga ini keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis)
- b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
- c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan

d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial)

e. Sikap keluarga terhadap yang sakit

D. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut:

- a. Sumber-sumber keluarga yang dimiliki
- b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
- c. Pentingnya hygiene sanitasi
- d. Upaya pencegahan penyakit
- e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi
- f. Kelompok antar-anggota keluarga

E. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal di bawah ini :

- a. Keberadaan fasilitas kesehatan
- b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
- c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e. Fasilitas kesehatan yang ada dan terjangkau oleh keluarga

2.2 Konsep Hospitalisasi

2.2.1 Definisi hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak saat sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak dan keluarganya (Wong, 2017).

Hospitalisasi adalah suatu keadaan tertentu atau darurat yang mengharuskan seorang anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangnya ke rumah (Supartini, 2014).

2.2.2 Stresor dan reaksi terhadap hospitalisasi

Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi anak-anak. Mereka sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stres akibat perubahan dari kesehatan sehat biasa dan lingkungan, dan keterbatasan jumlah mekanisme koping yang dimiliki anak dalam menyelesaikan stresor. Stresor utama dari hospitalisasi adalah: cemas karena perpisahan, kehilangan kendali, cedera tubuh dan nyeri.

2.2.3 Cemas karena perpisahan

Sebagian besar stres yang terjadi pada bayi di usia pertengahan sampai anak periode prasekolah adalah cemas karena perpisahan. Adapun respon perilaku anak akibat perpisahan menurut (Hockenberry & Wilson 2013) dibagi dalam tiga tahap, antara lain: tahap protes, tahap putus asa, dan tahap pelepasan.

a. Tahap protes

Pada tahap ini anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan

orangtua. Mereka menangis dan berteriak memanggil orangtua mereka, menolak perhatian dari orang lain, dan kedukaan mereka tidak dapat ditenangkan. Perilaku yang diobservasi selama masa bayi akhir seperti: menangis, berteriak, mencari orangtua dengan mata, memegang orangtua dengan erat, dan menghindari kontak mata dengan orang asing. Sedangkan untuk masa *toddler*, perilaku yang dapat diobservasi seperti: menyerang orang asing dengan verbal, menyerang orang asing dengan fisik, mencoba kabur untuk mencari orangtua, dan mencoba menahan orangtua untuk tetap tinggal. Perilaku-perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam sampai beberapa hari. Protes seperti menangis, dapat berlangsung hanya berhenti bila lelah dan pendekatan orang asing dapat mencetuskan peningkatan stres.

b. Tahap putusasa

Selama tahap ini tangisan berhenti dan muncul depresi. Anak tersebut menjadi begitu aktif, tidak tertarik bermain atau terhadap makanan, dan menarik diri dengan orang lain. Perilaku yang dapat diobservasi seperti: tidak aktif, menarik diri dengan orang lain, depresi/sedih, tidak tertarik dengan lingkungan, Tidak komunikatif, mundur ke perilaku awal (mengompol, mengisap ibu jari, menggunakan dot dan botol). Lamanya perilaku tersebut berlangsung secara bervariasi. Kondisi fisik anak dapat semakin memburuk karena menolak untuk makan, minum, atau bergerak.

c. Tahap pelepasan

Tahap ini disebut juga tahap penyangkalan. Anak akhirnya menyesuaikan diri dengan lingkungan. Anak menjadi lebih tertarik dengan lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain, dan tampak membina hubungan baru dengan orang lain. Perilaku yang dapat diobservasi seperti: menunjukkan peningkatan minat terhadap lingkungan sekitar, berinteraksi dengan orang asing atau pemberi asuhan yang dikenalnya, membentuk hubungan baru namun dangkal, dan tampak bahagia. Pelepasan biasanya terjadi setelah perpisahan yang terlalu lama dengan orangtua dan jarang terlihat pada

anak-anak yang menjalani hospitalisasi. Perilaku tersebut mewakili penyesuaian terhadap kehilangan.

2.2.4 Kehilangan Kendali

Salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah stres akibat hospitalisasi adalah jumlah kendali yang orang tersebut rasakan. Kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi keterampilan koping anak-anak. Banyak situasi rumah sakit yang menurunkan jumlah kendali yang dirasakan anak. Meskipun stimulasi sensorik yang biasanya berkurang, namun stimulus rumah sakit lainnya seperti: cahaya, suara, dan bau dapat berlebihan. Tanpa pemahaman tentang jenis lingkungan kondusif untuk pertumbuhan anak yang optimal, pengalaman rumah sakit dapat menjadi hal yang memperlambat.

Perkembangan dan yang lebih buruk membatasinya secara permanen. Karena kebutuhan anak-anak sangat bervariasi yang bergantung pada usia mereka maka area utama mengenai kehilangan kendali dalam hal pembatasan fisik, perubahan rutinitas, dan ketergantungan didiskusikan berdasarkan setiap kelompok usia.

2.2.5 Cedera Tubuh dan Nyeri

Takut akan cedera pada tubuh dan nyeri sering terjadi diantara anak-anak. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut, atau suhu pada anak akan membuat anak menjadi sangat cemas. Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan.

Reaksi balita terhadap rasa nyeri sama seperti sewaktu masih bayi. Anak akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata dengan lebar, atau melakukan tindakan agresif. Pada akhir periode balita, anak biasanya sudah mampu mengkomunikasikan rasa nyeri yang mereka alami dan menunjukkan lokasi nyeri. Namun demikian, kemampuan mereka dalam menggambarkan bentuk dan intensitas dari nyeri belum berkembang.

2.2.6 Stresor dan reaksi keluarga terhadap hospitalisasi

A. Reaksiorangtua

Hampir semua orangtua berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi anak mereka dengan reaksi yang luar biasa konsisten. Pada awalnya orangtua berespon tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orangtua bereaksi marah atau merasa bersalah ataupun kedua-duanya. Mereka dapat menyalahkan diri mereka sendiri atas

penyakit anak tersebut seringan apapun atau marah kepada orang lain karena beberapa kesalahan. Takut, cemas, dan frustrasi juga merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orangtua. Seringkali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang aturan dan peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, atau takut mengajukan pertanyaan. Frustrasi yang dirasakan orangtua dapat dikurangi jika orangtua mengetahui apa yang akan terjadi dan apa yang diharapkan dari mereka, dianjurkan untuk berpartisipasi dalam perawatan anak, dan dianggap sebagai kontributor paling utama terhadap kesehatan anak. Orangtua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi. Depresi biasanya terjadi karena krisis akut sudah berlalu, seperti setelah pemulangan atau pemulihan yang sempurna. Orangtua dapat juga merasa khawatir dan merindukan anak-anak mereka yang lain, yang mungkin ditinggalkan dalam perawatan keluarga, teman, atau tetangga.

B. Reaksi saudara kandung(sibling)

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang menjalani hospitalisasi mengalami: kesepian, ketakutan, khawatir, marah, benci, iri, dan merasa bersalah. Hal ini disebabkan orangtua lebih sering memberi perhatiannya kepada anak yang sedang menjalani hospitalisasi.

C. Perubahan perankeluarga

Kehilangan peran orangtua, saudara kandung (sibling), dan peran keturunan dapat mempengaruhi setiap anggota keluarga dengan cara yang berbeda. Salah satu reaksi orangtua yang paling banyak terjadi adalah perhatian khusus dan intensif terhadap anak yang sedang sakit. Anak-anak yang lain biasanya menganggap hal ini sebagai suatu

yang tidak adil dan menginterpretasikan sikap orangtua terhadap mereka sebagai penolakan. Anak yang sakit juga dapat merasa iri dan kesal dengan saudaranya. Karena posisi mereka istimewa dalam keluarga, mereka bisa saja menyangkal kehadiran saudaranya.

Dampakhospitalisasi

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang terjadi pada anak. Ketika anak dirawat di rumah sakit, mereka akan mudah mengalami stres akibat adanya perubahan dari segi status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan mereka sehari-hari dan disebabkan juga karena anak memiliki keterbatasan koping dalam mengatasi masalah yang bersifat menekan. Anak juga akan mengalami gangguan emosional dan gangguan perkembangan saat menjalani hospitalisasi (Utami, 2014).

2.3 Mekanismekoping

2.3.1 DefinisiKoping

Koping merupakan suatu proses kognitif dan tingkah laku bertujuan untuk mengurangi perasaan tertekan yang muncul ketika menghadapi situasi stres (Rubbyana, 2012). Mutoharoh, (2010) mendefinisikan coping sebagai upaya untuk mengatur, memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah yang bersifat menantang, mengancam, membahayakan, merugikan, atau menguntungkan seseorang.

Koping adalah mekanisme untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik yaitu stres. Apabila mekanisme koping ini berhasil, seseorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut (Ahyyar, 2010).

Mekanisme koping diartikan sebagai proses atau cara untuk mengelola dan

mengolah tekanan psikis (baik secara eksternal maupun internal) yang terdiri atas usaha baik tindakannyata maupun tindakan dalam bentuk intrapsikis seperti peredaman emosi, pengolahan input dalam kognitif (Hasan & Rufaidah, 2013). Mekanisme koping juga didefinisikan sebagai suatu proses tertentu yang disertai dengan suatu usaha dalam rangka merubah domain kognitif dan atau perilaku secara konstan untuk mengatur dan mengendalikan tuntutan dan tekanan eksternal maupun internal yang diprediksi akan dapat membebani dan melampaui kemampuan dan ketahanan individu bersangkutan (Rubbyana, 2012). Mekanisme koping melibatkan kemampuan-kemampuan khas manusia seperti pikiran, perasaan, pemrosesan informasi, proses belajar, mengingat dan sebagainya. Strategi koping tujuannya untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan atau tekanan baik dari dalam maupun dari luar (Hasan & Rufaidah, 2013).

Coping berasal dari kata *cope* yang bermakna harafiah pengatasan atau penanggulangan. Istilah *coping* merupakan istilah jamak dalam psikologi maka penggunaan istilah tersebut dipertahankan dan langsung diserap ke dalam bahasa Indonesia untuk membantu memahami bahwa koping tidak sesederhana makna harafiahnya (Rubbyana, 2012). Strategi koping bukan tindakan yang diambil individu dalam satu waktu namun lebih tepatnya suatu set dari respon yang terjadi tiap waktu dimana lingkungan dan individu saling mempengaruhi (Taylor, 2012).

Mekanisme koping didefinisikan sebagai proses tertentu yang disertai usaha mengubah domain kognitif dan atau perilaku secara konstan untuk mengendalikan tuntutan dan tekanan eksternal atau internal yang diprediksi akan dapat membebani dan melampaui kemampuan ketahanan individu. Koping sangat multidimensi dan fleksibel pada individu terutama ketika berhadapan pada situasi dan keadaan yang menyebabkan mereka mengambil tindakan untuk mengatasi dan memodifikasi strategi yang sesuai

(Aldwin, et al, 2010).

2.3.2 Jenis Mekanisme koping

Taylor, (2012) membagi mekanisme koping dalam dua kategori:

- A. *Direct action* (strategi koping yang berfokus pada masalah *problem focused coping*) yaitu segala tindakan yang diusahakan individu untuk mengatasi atau menanggulangi stres yang langsung diarahkan pada penyebab stres atau stresor.
- B. *Palliation* (strategi koping yang berfokus pada emosi *emotional focused coping*), perilaku kategori ini merupakan suatu usaha yang diarahkan untuk mengatasi, mengurangi, atau menghilangkan ketegangan emosional yang timbul dari situasi stres, atau bertahan terhadap tekanan emosi negatif yang dirasakan akibat masalah yang dihadapi.

Jenis mekanisme koping yang berfokus pada masalah mencakup tindakan secara langsung untuk mengatasi masalah atau mencari informasi yang relevan dengan solusi yaitu (Mutoharoh, 2010; Taylor, 2012):

1. Konfrontasi, jenis ini memiliki ciri dengan usaha untuk mengubah situasi atau keadaan. Jenis ini juga disebut strategi *active coping* karena ada penekanan pada tindakan aktif individu untuk mencoba mengatasi masalah maupun untuk mengurangi dampak dari masalah tersebut. Perencanaan masalah, menggambarkan pertimbangan, usaha-usaha yang difokuskan pada masalah untuk mencari jalan keluar. Jenis ini melibatkan usaha memikirkan, menyusun rencana strategi tindakan dan langkah yang akan diambil, serta kemungkinan berhasilnya usaha tersebut. Mencari dukungan sosial berupa bantuan, merupakan usaha mencari dukungan sosial berupa nasehat, informasi, atau bantuan yang diharapkan agar membantu individu memecahkan masalah dan mengatasi stresor yang dihadapi. Jenis ini memiliki ciri khas yaitu usaha untuk memperoleh informasi dari orang lain. Penekanan kegiatan lain (*suppression of competing activities*), mencakup usaha membatasi ruang gerak atau aktivitas lain yang tidak berhubungan dengan masalah. Hal ini dilakukan agar perhatian individu sepenuhnya tercurah untuk mengatasi stres.

Penundaan perilaku mengatasi stres (*restraint coping*), adalah usaha mengatasi masalah dengan tidak melakukan tindakan apapun sampai ada kesempatan yang tepat untuk bertindak.

Carver, et.al (1989) dalam Madonna, 2014 mengemukakan suatu penelitiannya bahwa terdapat empat jenis mekanisme koping sebagai berikut:

- a. *Active coping* yaitu upaya yang bersifat aktif untuk mengatasi sumber stres dengan melakukan perencanaan dan tindakan langsung.
- b. *Acceptance coping* yaitu upaya yang bersifat pasif dalam menghadapi sumber stres seperti dapat menerima kenyataan dan memandang suatu hal dari sisi positif.
- c. *Emotional focused coping* yaitu upaya untuk mengatasi tekanan psikologis dengan mengeluarkan emosi dan mencari dukungan secara emosional.
- d. *Avoidance coping* yaitu menghindari sumber stres dengan menghentikan upaya sumber stres, tidak menerima kenyataan dan melarikan diri dari masalah (Mutoharoh, 2010).

2.3.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi penggunaan mekanisme koping

- a. Harapan akan *self-efficacy*, harapan akan *self-efficacy* berkenaan dengan harapan terhadap kemampuan diri dalam mengatasi tantangan yang kita hadapi, harapan terhadap kemampuan diri untuk menampilkan tingkah laku terampil, dan harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup (Mutoharoh, 2010).
- b. Dukungan sosial, individu dengan dukungan sosial yang tinggi akan mengalami stres yang rendah ketika mengalami stres, dan mereka akan mengatasi stres atau melakukan strategi koping yang lebih baik (Taylor, 2012).
- c. Optimisme, pikiran yang optimis dapat menghadapi suatu masalah lebih efektif dibandingkan pikiran yang pesimis berdasarkan cara individu melihat suatu ancaman. Individu dengan pikiran optimis akan melihat masalah sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi sehingga mereka memilih menyelesaikan masalah yang ada (Mutoharoh, 2010).
- d. Pendidikan, tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan yang lebih

banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru (Mutoharoh,2010).

e. Jeniskelamin,terdapatperbedaanmekanismekopingantaralaki-lakidanperempuan.

Anak laki-laki sering menunjukkan perilaku-perilaku yang kita anggap sulit yaitu gembira berlebihan dan kadang-kadang melakukan kegiatan fisik yang agresif, menentang, menolak otoritas. Perempuan diberi penghargaan atas sensitivitas, kelembutan, dan perasaan kasih (Mutoharoh, 2010).

Pemilihan mekanisme koping dipengaruhi oleh penilaian kognitif terhadap stresor atau

penilaianprimer.Individumenetapkanmekanismekopingyangdirasakanefektifuntukmengatasi situasi yang dirasakan mengancam melalui identifikasi terhadap sumber daya yang dimilikinya. Keberhasilan dari mekanisme koping yang digunakan akan menentukan derajat stres yang dirasakan. Penggunaan jenis mekanisme koping dinyatakan efektif bila dapat mengatasi sumber stres (Madonna, 2014).

2.4 Konsep PasienKritis

2.4.1 Definisi PasienKritis

Pasien kritis menurut AACN (*American Association of Critical Nursing*) didefinisikan sebagai pasien yang berisiko tinggi untuk masalah kesehatan aktual ataupun potensial yang mengancam jiwa. Klasifikasi pasien yang membutuhkan perawatan kritis ada empat tingkatan, yaitu:

- A. Tingkat nol, dimana kebutuhan pasien dapat terpenuhi dengan perawatan dalam ruang perawatan normal di Rumah Sakit yang menangani kondisinya.
- B. Tingkat pertama, untuk pasien beresiko memburuk kondisinya atau yang baru dipindahkan dari tingkat perawatan level di atasnya yang kebutuhannya dapat dipenuhi di ruang perawatan akut dengan bantuan perawat kritis.
- C. Tingkat kedua, untuk pasien yang membutuhkan monitoring dan intervensi yang lebih kompleks seperti halnya pasien dengan kegagalan salah satu sistem organ atau lebih atau pasca operasi.
- D. Tingkat ketiga untuk pasien dengan kegagalan multi organ dengan bantuan kompleks termasuk bantuan pernapasan.

Kriteria pasien yang bisa masuk untuk dirawat di ruang intensif (ICU) dalam (Sentana, 2016) adalah:

1) Pasien prioritas 1

Pasien yang termasuk dalam prioritas ini adalah pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan terdistribusi, seperti: dukungan/bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ/system yang lain, infus obat-obat vasoaktif/*inotropic*, obat anti aritmia, serta pengobatan lain- lainnya secara kontinyu dan terdistribusi. Pasien yang termasuk prioritas 1 adalah pasien pasca bedah kardiorasik, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam jiwa.

2) Pasien prioritas 2

Kriteria pasien ini memerlukan pelayanan cangguh di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Pasien yang tergolong dalam prioritas 2 adalah pasien yang menderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat, dan pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Pasien yang termasuk prioritas 2, terapinya tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

3) Pasien prioritas 3

Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada kriteria ini sangat kecil, sebagai contoh adalah pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, sumbatan jalan napas, dan pasien penyakit jantung dan penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akutberat.

Pengelolaan pada pasien kriteria ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

4) Pasien prioritas 4

Pasien dalam prioritas ini bukan merupakan indikasi masuk ICU. Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien dengan keadaan yang “terlalu baik” ataupun “terlalu buruk” untuk masuk ICU.

Pasien kritis yang dimasukkan dalam penelitian ini adalah pasien kritis pada golongan prioritas satu, yaitu pasien yang terpasang ventilator, alat penunjang fungsi organ dan penggunaan obat-obat tertitiasi.

2.4.2 Karakteristik Pasien Di Unit Perawatan Kritis

Seseorang yang masuk ke Unit Perawatan Kritis umumnya merupakan hal yang tidak diperkirakan sebelumnya. Situasi lingkungan yang asing, peralatan-peralatan yang kompleks, kondisi pasien kritis lain yang lebih dahulu dirawat, dan personel yang belum dikenal sebelumnya dapat merupakan sumber stress bagi pasien dan keluarganya. Pasien kritis adalah pasien yang beresiko tinggi mengalami masalah kesehatan yang mengancam jiwa baik aktual maupun potensial (Apriadisiregar et al., 2018).

Pasien-pasien tersebut memerlukan perawatan yang intensif dan pengawasan yang ketat dari para perawat dan petugas medis.

Perubahan-perubahan fungsi normal akibat dari perkembangan penyakit, obat-obat sedatif, alat-alat bantu termasuk ventilator mekanik, dapat berkontribusi terhadap kemungkinan perubahan status mental pasien. Gangguan tidur dan rangsangan yang berlebihan dari lingkungan dapat juga memperberat kemampuan kognitif pasien untuk memahami informasi, belajar, membuat keputusan, dan beradaptasi dengan lingkungan yang baru. Hal ini berdampak pada ketentuan pengambilan keputusan, misalnya *informed consent*, yang tidak mungkin dilakukan oleh pasien sendiri, dan biasanya diwakili oleh keluarga terdekat (Padila, Muhammad Amin, 2013).

Selain masalah kesehatan fisik yang mendominasi pasien-pasien kritis, masalah psikososial juga bisa terjadi pada pasien-pasien kritis. Masalah ini umumnya muncul akibat stressor tinggi dan kemampuan koping pasien terbatas untuk mengatasi permasalahan tersebut. Walaupun pengalaman pasien bervariasi dari individu ke individu, pasien dengan penyakit kritis minimal harus berhadapan dengan salah satu situasi seperti, ancaman kematian, ancaman bisa bertahan hidup namun dengan masalah sisa atau keterbatasan akibat penyakit, nyeri atau ketidaknyamanan, kurang tidur, kehilangan kemampuan untuk mengekspresikan diri secara verbal karena terintubasi, keterpisahan dengan keluarga/orang yang dicintai, kehilangan autonomi/kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kehilangan control terhadap lingkungan, kehilangan peran yang biasa (Mardiono, 2018).

Berat ringannya efek stressor tersebut dan respon pasien yang dimunculkan, akan sangat tergantung pada faktor-faktor lamanya terpapar stressor (akut atau kronis), efek kumulatif dari stressor yang simultan, sekuen/urutan datangnya stressor, pengalaman sebelumnya terpapar stressor dan keefektifan strategi koping, dan besarnya dukungan sosial. Stress, apapun bentuknya baik itu fisik, psikologis, maupun sosial, dapat menimbulkan respon secara fisik. Beberapa literatur mengungkap adanya hubungan antara interaksi pikiran/jiwa dan badan dengan respon kekebalan tubuh terhadap stress (Parsons & Walters, 2019).

2.4.3 Dukungan Keluarga pada Pasien dengan Perawatan ICU

Keberhasilan pelayanan keperawatan bagi pasien tidak dapat dilepaskan dari peran keluarga. Pengaruh keluarga dalam keikutsertaannya menentukan kebijakan dan keputusan dalam penggunaan layanan keperawatan membuat hubungan dengan keluarga menjadi penting. Namun dalam pelaksanaannya hubungan ini sering mengalami hambatan, antara lain kesempatan kontak relatif terbatas. Adanya kebijakan jam kunjungan di ICU menjadikan pasien merasa terpisah dengan keluarga yang mereka cintai. Pasien sering merasa kesepian dan kurang mendapat perhatian dari keluarganya. Kurangnya perhatian dapat secara aktual menyebabkan efek yang merusak pada kesehatan dan penyembuhan pasien (Mardiono, 2018).

Maka keluarga merupakan orang-orang yang paling mungkin dan mampu memberikan aspek perhatian ini. Memberikan kehangatan, rasa cinta, perhatian dan komunikasi adalah hal yang bermakna dan penting dalam memenuhi kebutuhan psikososial pasien. Bahkan pada pasien tuli, tidak mampu berbicara, atau tidak mampu memahami bahasa, atau tidak mungkin berkomunikasi verbal karena intubasi atau sakit fisik lainnya juga memerlukan dukungan keluarga untuk memberikan kehangatan, rasa cinta, perhatian dan komunikasi yang mungkin dilakukan dengan menggunakan sentuhan (Wardah, 2013).

2.5 Pengalaman Keluarga Menghadapi Hospitalisasi Pasien Kritis

Selama proses hospitalisasi, pasien dan keluarga dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Berbagai perasaan yang sering muncul pada pasien yaitu cemas, marah, sedih, takut dan rasa bersalah.

Hospitalisasi dapat juga menyebabkan kecemasan pada keluarga. Keluarga akan mengalami kekhawatiran akan terjadinya sesuatu yang menyakitkan atau menyebabkan penderitaan pada pasien. Stres akibat hospitalisasi akan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien maupun pada keluarga. Reaksi kecemasan pada pasien dapat timbul karena perpisahan, kehilangan, perlukaan tubuh dan rasa nyeri, sedangkan keluarga mengalami perasaan cemas, takut, sedih dan frustrasi (Sentana, 2016).

Perasaan tersebut dapat timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak aman dan tidak nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa, dan sesuatu yang dirasakan menyakitkan. Tidak hanya pasien, keluarga juga mengalami hal yang sama. Apabila pasien stres selama dalam perawatan keluarga menjadi stres pula, dan stres keluarga akan membuat tingkat stress pasien semakin meningkat. Pengalaman pasien dengan penyakit kritis meliputi pengalaman psikologi dan sosial. Hasil penelitian pengalaman psikologis pada saat kondisi kritis dapat berupa tidak percaya, sedih dan takut. Rasa tidak percaya disini dalam tahapan berduka menolak (denial), pasien merasa tidak percaya dengan apa yang sedang terjadi pada kondisi sakitnya. Dalam keadaan denial pasien membutuhkan dukungan kebutuhan emosi tanpa memperkuat penyangkalan. Perasaan sedih yang dirasakan pasien saat kondisi kritis yaitu karena keadaan sakitnya, pasien tidak beraktivitas secara normal seperti ketika sebelum sakit. Rasa takut yang dirasakan pasien saat kondisi kritis yaitu pada saat dipasang ventilator dan saat akan dilakukan suction (Wardah, 2013).

(Apriadisiregar et al., 2018) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pengalaman sosial pasien saat kondisi kritis yaitu dukungan keluarga yang positif, tidak bisa berbicara dan tidak bisa berinteraksi. Dukungan keluarga yang positif pada saat kondisi kritis, yaitu keluarga memainkan peran dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan keberhasilan adaptasi pasien. Perasaan tidak bisa berbicara ketika pasien saat dipasang ventilator adalah tidak bisa berbicara.

Gejala yang dikeluhkan pasien pada tindakan pemasangan selang ET antara lain suara serak. Perasaan tidak bisa berinteraksi ketika pasien mengungkapkan pengalaman pada saat tidak bisa berbicara adalah ada perasaan jengkel, kesal, emosi dan hanya menggunakan bahasa isyarat yang kadang susah dimengerti oleh orang lain. Respon keluarga dalam menghadapi pasien kritis yang dirawat di ruang ICU dapat menimbulkan dampak fisik, psikologi serta sosial. Dampak fisik dapat berupa kelelahan, gangguan tidur serta gangguan kesehatan. Dampak psikologi, yaitu dapat berupa cemas, khawatir, tegang dan panik. Dampak sosial dapat berupa kurang komunikasi, isolasi sosial serta menarik diri (Padila, Muhammad Amin, 2013).

BAB III

METODE

3.1 Strategi Pencarian Literature

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *literature review* atau tinjauan pustaka. Studi Literature review adalah cara yang dipakai untuk mengumpulkan data atau sumber yang berhubungan pada sebuah topik tertentu yang bisa didapat dari berbagai sumber seperti jurnal, buku, internet dan pustaka lain. Topik dalam *literature review* ini adalah rangkuman menyeluruh mengenai pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang ICU. Protokol dalam studi ini menggunakan *The Centre for Review and Dissemination and the Joanna Briggs Institute Guideline* sebagai panduan dalam asesmen kualitas dari studi yang akan dirangkum. Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan *PICOS framework*.

3.1.2 Database pencarian

Peneliti menggunakan data sekunder dalam penelitian ini yaitu data yang diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu dan bukan dari pengamatan langsung. Pencarian jurnal atau artikel untuk keaslian penelitian ini menggunakan jurnal atau artikel yang berbahasa Indonesia dan Inggris, yang bereputasi nasional dan internasional, yang relevan dengan topik dilakukan dengan menggunakan lima *database* dengan kriteria tinggi dan sedang yaitu yang berasal dari Scopus, Science direct, Proquest, Pubmed dan Google scholar. Pencarian dibatasi dari tahun 2019 sampai tahun 2020.

3.1.3 Kata kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean operator*

(AND, OR, NOT, AND NOT) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) dan terdiri dari sebagai berikut:

Tabel 3.1 Kata Kunci Literature Review

<i>Hospitalitation</i>	<i>Intensive</i>	<i>Family Unit</i>	<i>Critical Patient</i>	<i>Experience</i>
AND	OR	Wife,Husband	OR	OR
<i>Hospital</i>	<i>Care unit</i>	<i>AND</i>	<i>Client</i>	<i>Education</i>
	OR	Children		
	<i>Intensive</i>			

3.2 Kriteria inklusi dan eksklusi

Strategi yang digunakan untuk mencari artikel atau jurnal menggunakan PICOS *framework*, yang terdiri dari:

1. *Population / Problem* yaitu populasi atau masalah yang akan di analisis sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literaturereview*
2. *Interest* yaitu suatu ketertarikan tentang peristiwa, kegiatan, tindakan atau proses tertentu yang berhubungan dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literaturereview*
3. *Comparison* yaitu intervensi atau penatalaksanaan lain yang digunakan sebagai pembanding, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yangterpilih
4. *Outcome* yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu uang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literaturereview*
5. *Study design* yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan direview

Tabel 3.2 Kriteria inklusi dan eksklusi dengan format PICOS pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *intensive care unit*

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Population / Problem	Jurnal atau artikel yang berhubungan dengan topik penelitian yakni pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di <i>intensive care unit</i>	Jurnal atau artikel dengan topik penelitian : - Hospitalisasi pasien kritis - Hospitalisasi pasien kritis di <i>intensive care unit</i> - Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi
Interest	Faktor demografi, faktor fisik, faktor tindakan keperawatan dan faktor Psikologis	Faktor medikasi
Comparison	Tidak ada	Tidak ada
Outcome	Adanya gambaran bagaimana koping positif dan koping negatif dalam pengalaman keluarga terhadap hospitalisasi pasien kritis di ruang ICU	Tidak ada
Study design	<i>Mix methods study, survey study, cross-sectional</i> , studi Kualitatif	<i>Systematic / literature review</i>
Tahun terbit	Artikel atau jurnal yang terbit setelah tahun 2015	Artikel atau jurnal yang terbit sebelum tahun 2015
Bahasa	Bahasa Inggris dan bahasa Indonesia	Selain bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, misalnya bahasa Jerman, Perancis, Rusaia dsb

3.2.1 Tipe studi

Desain yang diambil dalam penelusuran ilmiah ini adalah *qualitative study*

3.2.2 Hasil Luaran

Luaran yang diukur dalam penelusuran ilmiah ini adalah pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *intensive care unit*

Tabel 3. 1 Kriteria Inklusi Dalam Pemilihan Jurnal

Kriteria Inklusi	
Jangka waktu	2019-2020
Bahasa	Inggris dan Indonesia
Subyek	Manusia
Jenis jurnal	<i>Original research</i> dan <i>review</i> dengan <i>fulltext</i>
Tema isi jurnal	Hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan <i>intensive care unit</i>

Ringkasan *literature review* pencarian sumber data sekunder yang didapat dari artikel atau jurnal dengan menggunakan Lima *database* dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

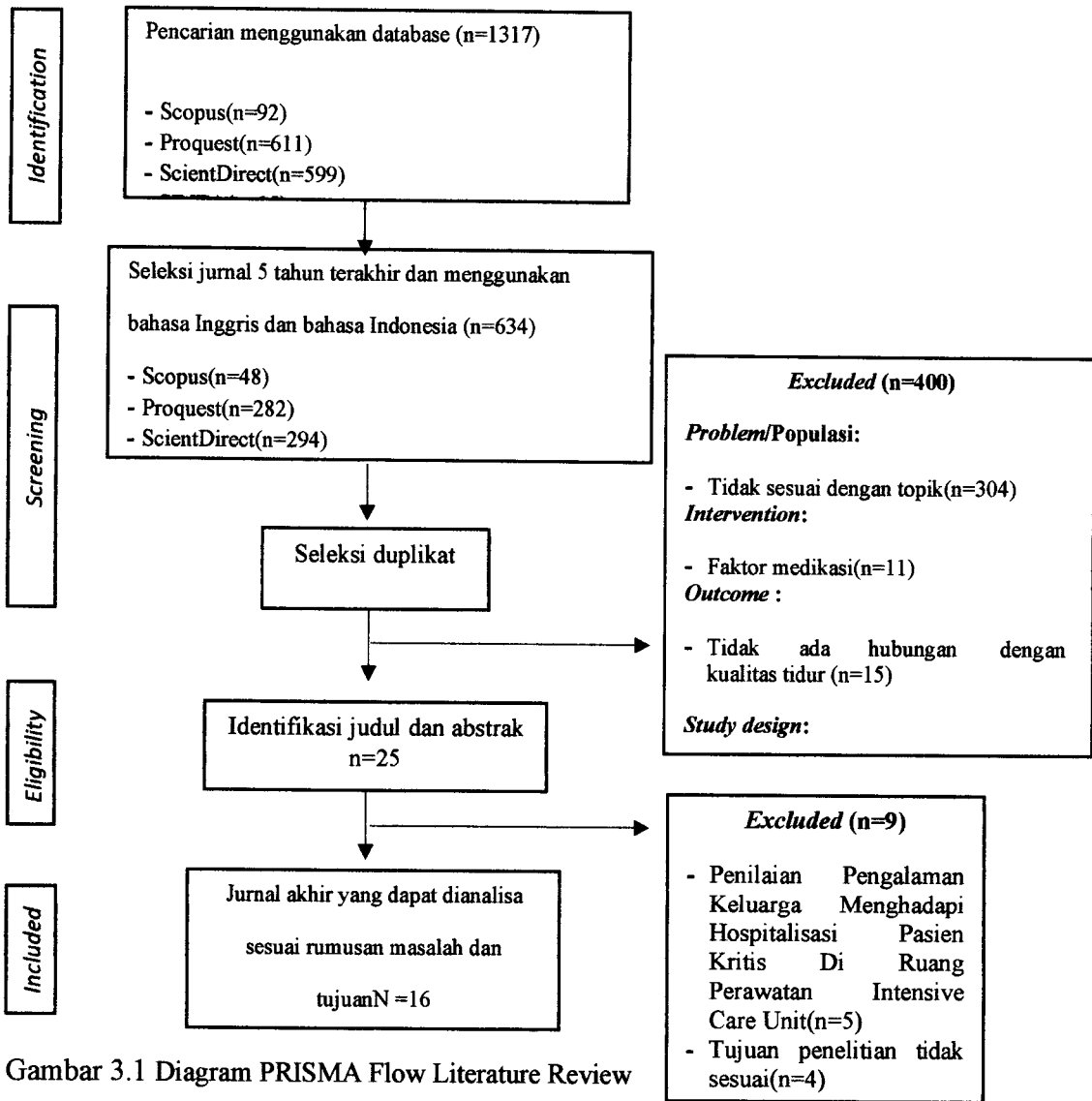
Tabel 3. 2 Ringkasan Pencarian Literature Review

Database	Keyword	Penemuan Artikel	Artikel yang Relevan
Scopus	"Hospitalitation" OR "Hospital"	158	3
	"Intensive " OR "Care Unit"	107	
	'Family, Husband' And Children"	100	
Science Direct	"Hospitalitation" OR "Hospital"	240	2
	"Intensive " OR "Care Unit"	159	
	'Family, Husband' And Children"	160	
Proquest	"Hospitalitation" OR "Hospital"	47	3
	"Intensive " OR "Care Unit"	362	
	'Family, Husband' And Children"	50	
Pubmed	"Hospitalitation" OR "Hospital"	554	2
Google Scholar	"Hospitalitation" OR "Hospital"	650	2
	"Intensive " OR "Care Unit"	672	
	'Family, Husband' And Children"	50	

3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

3.3.1 Hasil pencarian dan seleksi studi

Berdasarkan hasil pencarian literature melalui publikasi *Scopus*, *Proquest*, *ScientDirect* dan SINTA menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti menemukan 1317 jurnal yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diskriminasi, sebanyak 683 jurnal diekskusi karena terbitan tahun 2015 kebawah dan menggunakan bahasa selain bahasa Inggris dan Indonesia. *Assessment* kelayakan terhadap 634 jurnal, jurnal yang duplikasi dan jurnal yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi dilakukan eksklusi, sehingga didapatkan 16 jurnal yang dilakukan review. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Flow di bawah ini:



Gambar 3.1 Diagram PRISMA Flow Literature Review

3.3.2 Penilaian Kualitas

The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal untuk beberapa jenis studi *Quasy Experimental, Cross Sectional, Descriptive, Qualitative, Randomized Controlled Trial* dan artikel *review* digunakan untuk menganalisis kualitas metodologi dalam setiap studi (n = 16). Checklist daftar penilaian berdasarkan *The Joanna Briggs Institute (JBI)* telah tersedia beberapa pertanyaan untuk menilai kualitas dari studi. Penilaian kriteria diberi nilai 'ya', 'tidak', 'tidak jelas' atau 'tidak berlaku', dan setiap skor 'ya' diberi satu poin dan nilai lainnya adalah nol, setiap skor kemudian dihitung dan dijumlahkan. *Critical appraisal* untuk

menilai studi yang memenuhi syarat dilakukan oleh peneliti. Jika skor penelitian setidaknya 50% memenuhi kriteria *Critical appraisal* dengan nilai titik cut-off yang telah disepakati oleh peneliti, studi dimasukkan ke dalam kriteria inklusi (Lampiran 6). Peneliti mengecualikan studi yang berkualitas rendah untuk menghindari bias dalam validitas hasil dan rekomendasi ulasan.

Risiko bias dalam *literature review* ini menggunakan assesmen pada metode penelitian masing-masing studi, yang terdiri dari:

1. Teori: Teori yang tidak sesuai, sudah kadaluwarsa, dan kredibilitas yang kurang
2. Desain: Desain kurang sesuai dengan tujuan penelitian
3. Sample: Ada 4 hal yang harus diperhatikan yaitu populasi, sample, sampling, dan besar sample yang tidak sesuai dengan kaidah pengambilan sampel
4. Variabel: Variabel yang ditetapkan kurang sesuai dari segi jumlah, pengontrolan variabel perancu dan variabel lainnya
5. Instrumen: Instrumen yang digunakan tidak memiliki sensitivitas, spesifikasi dan validitas /reliabilitas
6. Analisis data: Analisis data tidak sesuai dengan kaidah analisis yang sesuai dengan standar.

3.3.3. Daftar artikel hasil pencarian

Literature review ini di sintesis menggunakan metode naratif dengan mengelompokkan data-data hasil ekstraksi yang sejenis sesuai dengan hasil yang diukur untuk menjawab tujuan. Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria

inklusi kemudian dikumpulkan dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama peneliti, tahun terbit, judul, metode dan hasil penelitian sertadatabase.

Dalam penelitian ini setelah melewati tahapan *screening* sampai dengan ekstraksi data maka analisa dapat dilakukan dengan menggabungkan semua data yang memenuhi persyaratan inklusi menggunakan teknik baik secara kualitatif, kuantitatif atau keduanya. Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan kedua teknik analisa data yakni secara kuantitatif untuk mensintesis hasil-hasil penelitian dengan pendekatan kuantitaif misalnya, Randomized Control Trials (RCT), Cohort Study atau Case-Control Study dan secara kualitatif untuk mensintesis (merangkum) hasil-hasil penelitian yang bersifat deskriptifkualitatif

BAB IV

HASIL DAN ANALISIS

4.1 Karakteristik Artikel atau Jurnal

Penelitian studi literatur ini menggunakan jurnal internasional sebanyak 11 jurnal yang telah melewati masa *screening* sesuai dengan kriteria-kriteria yang telah ditentukan. Artikel atau jurnal yang akan direview meliputi database yang digunakan, tahun penerbitan, dan desain peneltian akan dijelaskan dalam (Tabel 3.1). Sebelas jurnal yang terpilih tersebut terbagi menjadi satu tema besar yaitu pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan Intensive Care Unit. Desain penelitian yang banyak digunakan untuk membahas perilaku seksual remaja menggunakan *cross sectional study*. Kemudian dianalisis lebih lanjut sesuai rumusan masalah dan tujuan penelitian studi literatur ini.

Tabel 4.1 Karakteristik Artikel atau Jurnal

Kategori	Jumlah (N)	Persentase (%)
Database		
Scopus	1	9,1%
ScientDirect	4	36,3%
Pubmed	1	9,1%
Proquest	2	45,5%
Total	10	100%
Tahun Penerbitan		
2015	1	9,1%
2016	2	27,3%
2017	2	18,2%
2018	3	27,3%
2019	2	18,2%
Total	10	100%
Desain Penelitian		
Observational study	1	9,1%
Descriptive study	1	9,1%
Cross-Sectional	3	36,3%
survival analysis	1	9,1%
mixed-methods approach	2	18,2%

Qualitative study	1	9,1%
Quasy experiment	1	9,1%
Total	10	100%

Berdasarkan 10 studi yang memenuhi kriteria untuk *literature review*, didapatkan hasil sebanyak 10 studi merupakan *Original Research* . Berdasarkan hasil tersebut, dilakukan *critical appraisal* dengan menggunakan *The JBI Critical Appraisal Tools*. *Cross sectional study* diberi skor delapan poin pada *checklist*. Sedangkan pada studi *Prevalence study* diberi skor sepuluh poin pada *checklist* (Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Hasil Penilaian Studi berdasarkan *The JBI Critical Appraisal*

No	Kriteria										Author, Years	Hasil	M: Men kri pen krit
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1.		√	√	√	√	√	√	√	√	x	Pamela et al. (2019)	8/8 (100%)	Men kri pen krit
2.	x	√	x	√	√	√	√	√	x	x	De Almeida Moraes Gibaut et al. (2020)	6/9 (67%)	M l p k
3.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Oppenheim. (2020)	9/9 (100%)	Me ki pe kri
4.		√	√	√	√	X	X	√	√	√	Al-Mutair et al (2020)	6/8 (75%)	Me kr per kri
5.	√	√	√	x	√	√	√		√	√	Herawati. (2018)	8/9 (89%)	M l p k
6.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Safitri et al. (2019)	8/8 (100%)	M l p k

7.	√	√	√	√	X	X	√	√	√	√	Sentana. (2016)	6/8 (75%)	Me k pe kr
8.	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	Wardah. (2020)	7/8 (88%)	M l p k
9.	√	√	√	√	√	√	√	√	x	x	Mardiono (2018)	8/9 (89%)	M l p k
10.	√	√	√	√	√	√	√	√	x	x	Rosidawati(2019)	7/9 (78%)	M l p k

Keterangan :

√ : ada dalam kriteria penilaian JBI

X : tidak ada dalam kriteria penilaian JBI

4.2 Karakteristik Studi

Studi yang termasuk dalam artikel *literature review* ini diantaranya merupakan hasil dari penelitian-penelitian yang dilakukan di *north america*, Brazil, jambi, NTB, Tasikmalaya.Desain penelitian yang termasuk dalam artikel *literature review* ini diantaranya, yaitu; *descriptive analytic*, 2 studi *mixed-methods approach*, 4 studi dengan desain *cross-sectional*, *survival analysis*,, *observational methods*, *quasy experiment*, serta *qualitative study*.

4.3 Karakteristik Responden dalam Studi

Karakteristik responden dalam studi ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarganya dirawat di ruang *intensive care unit*. Responden dalam 10 studi penelitian yang termasuk dalam artikel *literature review* ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarganya dirawat di ruang *intensive care unit*.

4.5Daftar artikel hasil pencarian

No	Author	Tahun, Volume, Angka	Nama Jurnal	Ju dul	Tujuan	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian	Database
1.	Pamela et al	2019, Vol 2, No.2	Wily Nursing Open	Families patients ICU: Scoping review of their needs and satisfaction with care	Untuk mendeskripsikan literatur yang diterbitkan tentang S: - kebutuhan dan pengalaman anggota keluarga. I: - banyak orang dewasa yang dirawat di perawatan intensif dan intervensi untuk meningkatkan kepuasan keluarga faksi dan kesejahteraan psikologis dan kesehatan.	D: Scoping review S: - V: Patient and Family in ICU I: - A: -	Dari 469 referensi, 43 studi diidentifikasi untuk dimasukkan. Empat kunci tema diidentifikasi: (a) Perspektif yang berbeda dalam memenuhi kebutuhan keluarga; (b) Keluarga kepuasan dengan perawatan dalam perawatan intensif; (c) Faktor yang berdampak pada kesehatan keluarga dan kesejahteraan dan kapasitas mereka untuk mengatasinya; dan (d) intervensi psikososial. Belum terpenuhi kebutuhan informasi dan jaminan berdampak pada kepuasan dan mental keluarga kesehatan. Informasi tertulis dan lisan terstruktur menunjukkan beberapa efek dalam isfaksi dan mengurangi beban psikologis. Penelitian masa depan mungkin termasuk keluarga dalam desain intervensi, memberikan rincian proses implementasi dan memiliki hasil yang diidentifikasi dengan jelas	Scopus

Moraes
Gibaut et al

47

Escola de patient's family
Enfermage in an Intensive
m Care Unit
related
to welcoming

mengetahui tingkat kenyamanan
keluarga pasien dalam kondisi
kesehatan kritis terkait dengan
praktik penyambutan yang
dilakukan oleh petugas rumah
sakit.

S: Convenience sampling
V: Patient's family in an
Intensive Care Unit related to
welcoming
I: Questionnaire
A: Saphiro wilk, Mann whitney,
chi-square/fisher

berpartisipasi dalam penelitian
ini adalah ditandai dengan
sebagian besar orang dewasa
dengan usia rata-rata 40,6
tahun, menikah atau dalam
hubungan stabil, penganut
agama, dengan pendidikan
bervariasi, tanpa pengalaman
kerabat sebelumnya yang
dirawat di ICU, dan berasal
dari kota yang berbeda
dibandingkan dengan kota
tempat rumah sakit studi
berada. Wanita yang
didominasi di antara
kunjungan anggota keluarga-
memasukkan pasien ke ICU.
Dalam tinjauan pustaka
tentang perawatan kesehatan
dalam keluarga, penulis
mencatat bahwa, dalam studi
yang dianalisis, mayoritas
orang yang diwawancara
adalah perempuan. Sosok
perempuan sebagai pengasuh
utama tampak hampir seperti
konsensus dalam literatur dan
asuhan yang diberikan
perempuan merupakan
fenomena yang mendunia.

3. Oppenheim

2020,
3, No 2

Vol JAMA
network
open

Effect
Intensivist
Communication in keluarga,
yang sering menjadi
a Simulated pengganti
Setting on keputusan perawatan kesehatan,
S : Among a national sample of Keluarga Pasien dan proporsi
Interpretation of menafsirkan intensivist sebagai adult children, spouses, partners, peserta dalam kelompok
Prognosis Among lebih optimis ketika pertanyaan or siblings of people with chronic percobaan lain yang percaya
Family Members tentang prognosis di ICU dijawab obstructive pulmonary disease diri tidak berbeda secara
of Patients at High secara tidak langsung.

D : This web-based randomized Pengobatan ScientDirect
trial was conducted between Perawatan Kritis Komunikasi
September 27, 2019, and October Intensivist pada Interpretasi
pengambilan 17, 2019
Prognosis Diantara Anggota

were shown video vignettes melibatkan keyakinan tidak depicting an intensivist berubah secara substansial answering a standardized dalam analisis sensitivitas question about the prognosis of a Diskusi Dalam uji coba acak patient at high risk of death on berbasis web dari tanggapan day 3 of ICU admission. intensif terhadap pertanyaan

V : Intensivist communication in anggota keluarga tentang orang a simulated setting on yang dicintai yang sakit kritis, interpretation of prognosis among "Menurut Anda, apa yang paling mungkin terjadi?" kami family

I : -

A : -

menemukan bahwa anggota keluarga dari orang dengan COPD menganggap intensivist secara signifikan lebih optimis ketika intensivist memberikan respon tidak langsung atau mengarahkan percakapan ke diskusi tentang tujuan pasien dibandingkan dengan saat intensivist memberikan respon langsung. Kami juga menemukan bahwa perkiraan prognostik anggota keluarga sendiri lebih optimis ketika mereka tidak diberi tanggapan langsung, tetapi peningkatan ini hanya signifikan secara statistik ketika intensivist mengalihkan percakapan. Perbedaan keyakinan (perbedaan antara apa yang peserta anggap perkiraan prognostik intensivist dan perkiraan prognostik peserta sendiri) optimis untuk sekitar tiga perempat peserta terlepas dari respon intensivist. Peserta juga sama-sama yakin dalam persepsi mereka tentang perkiraan prognostik intensif dan perkiraan prognostik mereka sendiri di seluruh tanggapan intensivist.

Studi menunjukkan bahwa baik anggota keluarga dan penyedia layanan kesehatan memiliki

4. Al-Mutair 2013, Vol. 22, Journal Family needs Penelitian ini bertujuan untuk D : A structured literature review et al No. 13 of memahami kebutuhan keluarga S : 45 articles

Nursing the intensive care unit: A literature review

untuk memenuhi kebutuhan tersebut I : Literature dan mengeksplorasi proses dan pola A : - melibatkan anggota keluarga selama perawatan rutin dan resusitasi serta prosedur invasif lainnya.

keterlibatan keluarga dalam perawatan rutin. Namun, anggota keluarga dan penyedia layanan kesehatan memiliki pandangan yang berbeda secara signifikan tentang keterlibatan keluarga selama resusitasi dan prosedur invasif lainnya

5.	Herawati & Fithriyani,	2018, Vol. 07, Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi	Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang icu rs dr. Bratanata jambi	Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali lebih dalam pengalaman keluarga S: Snowball menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang ICU RS Dr. Bratanata Jambi.	D: Kualitatif dengan pendekatan Respon Hospitalisasi Pasien Kritis di Ruang ICU bagi Keluarga yang terdiri dari respon fisik meliputi kelelahan, keluhan tubuh dan gangguan tidur; respon psikologis meliputi cemas, tegang, takut dan sedih; respon sosial meliputi komunikasi berkurang dan pengalaman baru.	Hasil penelitian terdapat tema Respon Hospitalisasi Pasien Kritis di Ruang ICU bagi Keluarga yang terdiri dari respon fisik meliputi kelelahan, keluhan tubuh dan gangguan tidur; respon psikologis meliputi cemas, tegang, takut dan sedih; respon sosial meliputi komunikasi berkurang dan pengalaman baru.
6.	Safitri et al	2019, Vol. 17 PROFESI (Profesional Islam) ; Media Publikasi Penelitian	Pengalaman Keluarga Selama Proses Pendampingan Pasien di Ruang ICU: Studi Fenomenologi Dwi	Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan dan memahami pengalaman keluarga S : Snowball mendampingi perawatan pasien di ruang ICU.	D : Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawatan tidak hanya diberikan bagi pasien tetapi juga untuk keluarga pasien.
7.	Sentana	2016, Vol. 53 Journal of Chemical Information and Modeling	faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif care rsud provinsi ntb	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruang Intensif RSUD Provinsi NTB tahun 2015	D : Penelitian menggunakan desain korelasi dengan rancangan Cross Sectional S : Accidental Sampling V : Tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan I : Pengumpulan data tingkat kecemasan menggunakan lembar kuesioner pedoman HRS-A (Hamilton Rating Scale for	Tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang Intensif terbanyak yaitu kategori kecemasan ringan. Ada hubungan yang signifikan antara faktor umur, jenis kelamin, pengetahuan, pengalaman pengalaman dan tipe kepribadian dengan tingkat kecemasan keluarga

8.	Wardah	2013, Vol. 3	Jurnal Husada Mahakam	Dampak hospitalisasi pada keluarga dan peran perawat dalam memenuhi kebutuhan informasi di perawatan intensif	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak hospitalisasi dalam studi literatur ini dengan pada keluarga pasien yang mengumpul- kan dan tidur, gang- guan nafsu makan sedang dirawat di ruang intensif menganalisis artikel serta peran perawat dalam S :- mengurangi dampak tersebut	D : Metode yang di gunakan Efek hospitalisasi pada keluarga dapat berupa kurang dan pencernaan, ketakutan, stress, kecemasan, depresi hingga post traumatic syndrome (PTSD). Dalam keadaan stresfull, keluarga membutuhkan berbagai macam kebutuhan spesifik yang harus dipenuhi.
9.	Mardiono	2018, Vol. 2	Jurnal 'Aisyiyah Medika	Tingkat kecemasan keluarga terhadap perubahan status kesehatan pada pasien kritis di ruang rawat inap Intensif care unit (icu) rumah sakit pelabuhan Palembang tahun 2017	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kecemasan penelitian kualitatif dengan keluarga dalam merawat pasien pendekatan fenomenologis kritis	D : Menggunakan desain Hasil penelitian didapatkan beberapa tema yaitu Pengetahuan Keluarga, Sikap dan respon perubahan status kesehatan pasien, mekanisme koping keluarga terhadap kecemasan, harapan keluarga dalam proses perawatan pasien kritis.
10.	(Rosidawati & Hodijah, 2019)	2019, Vol. 7	Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu	Hubungan antara lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensive care unit rsud dr soekardjo kota tasikmalaya	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara lama rawat lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien sehingga disarankan kepada perawat untuk selalu berkoordinasi dengan keluarga terkait tindakan kepada pasien.	D :Metode penelitian adalah Hasil penelitian ini adalah ada kuantitatif korelatif dengan hubungan antara lama rawat dengan tingkat pendekatan <i>cross sectional</i> S : Purposive sampling V : Lama rawat dan tingkat kecemasan I : Kuesioner HARS A : Uji Chi Square

Studi sebelumnya yang sesuai dengan sistematis ini dalam mardiono (2018) didapatkan beberapa tema yaitu pengetahuan keluarga, sikap dan respon perubahan status kesehatan pasien, mekanisme coping keluarga terhadap kecemasan, harapan keluarga dalam proses perawatan pasien kritis dimana menunjukkan, pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis Di Ruang Perawatan Intensive Care Unit dimana respon keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang ICU antara lain menimbulkan respon fisik yang meliputi kelelahan, keluhan tubuh dan gangguan tidur; respon psikologis meliputi cemas, tegang, takut dan sedih; respon sosial meliputi komunikasi berkurang dan pengalaman baru (Herawati & Fithriyani, 2018). Pengalaman keluarga ini yaitu takut tidak dapat bertemu pasien lagi, kasihan melihat pasien terpasang banyak alat, meninggalkan rutinitas untuk menemani pasien, dan menggantungkan harapan pada Tuhan. Tema-tema ini muncul berdasarkan situasi dan kondisi yang dirasakan oleh masing-masing partisipan dengan dipengaruhi oleh pengalaman atau pengetahuan akan perawatan di ruang ICU (Safitri et al., 2019).

Pikiran keluarga tentang perubahan status kesehatan pasien kritis, didapatkan bahwa informan merasa pusing, gelisah, tidak bisa tidur, pasrah, bingung dan merasa pikiran kacau. Hal ini didukung pernyataan semua informan perawat yang menyatakan bahwa keluarga merasa takut kehilangan dan khawatir dengan kondisi pasien. Serta di dapat dari hasil observasi bahwa keluarga mampu mengutarakan apa yang ada dipikirannya dengan terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat (Rosidawati & Hodijah, 2019). Peneliti berasumsi bahwa semakin lama pasien

dirawat, maka kecemasan keluargapun akan meningkat, hal ini dipengaruhi oleh kondisi pasien semakin lama dirawat di ruang ICU maka artinya pasien belum stabil dan memerlukan penanganan khusus dan peralatan yang lengkap sehingga pasien belum bisa dipindahkan ke ruangan biasa, dan hal ini menyebabkan keluarga khawatir dan cemas. Kondisi pasien dengan penyakit komplikasi juga sulit untuk segera dipindahkan ke ruang rawat inap sehingga hal ini juga dapat membuat pasien menjadi lama dirawat di ruang ICU dan keluargapun secara otomatis bertambah khawatir dan cemas (Oppenheim et al., 2020).

4.6 Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan Intensive Care Unit

4.6.1 Rasa cemas saat menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan Intensive Care Unit

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa rasa cemas saat menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *Intensive Care Unit* semakin meningkat ketika melihat salah satu anggota keluarganya yang masih dirawat diruangan ICU tersebut karena takut jikalau kehilangan anggota keluarga tersebut. Hal ini sejalan dengan Hudak (2017) yang mengatakan bahwa masuknya pasien ke dalam ICU akan mengubah homeostatis psikologis keluarga seperti rasa takut yang nyata tentang kematian, pengaruh terhadap anggota keluarga yang dirawat dirasakan oleh keluarga. Keluarga mengalami banyak krisis yang sama pada pasien perawatan kritis. Mereka sering bingung dan ketakutan dan merasa sangat tidak berdaya pada kemampuan mereka untuk mengintervensi dan membantu pasien.

4.6.2 Membutuhkan informasi tentang pasien kritis di ruang intensive care unit

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa informasi yang diterima keluarga mengenai anggota keluarganya yang dirawat di ruang ICU tersebut sangat kurang sehingga keluarga hanya bias menerka nerka dengan keadaan ataupun kondisi dari anggota keluarga mereka yang dirawat di ICU tersebut. Kurangnya informasi ini disebabkan dikarenakan tenaga medis yang bertugas di ruangan ICU tersebut tidak menjelaskan secara penuh tentang kondisi dari anggota keluarga pasien tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Blanchard & Alvi (2018) yang mengatakan bahwa keluarga pasien yang menunggu di ICU sering dihadapkan dalam situasi pengambil keputusan yang akan dilakukan pada pasien, hal ini dapat mengakibatkan kecemasan pada keluarga dalam mencari informasi dan dukungan, kecemasan yang dialami keluarga dapat mempengaruhi hubungan antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan .

4.6.3 Adaptasi keluarga dalam menghadapi pasien kritis

Hasil penelitian ini adalah adaptasi seharusnya dapat dilakukan oleh keluarga saat seminggu pertama di ruangan ICU tersebut waktu merawat dan menjaga anggota keluarga tersebut tetapi sering sekali anggota keluarga lama beradaptasi dikarenakan rasa kecemasan yang tinggi yang mereka miliki ketika merawat dan menjaga salah satu anggota keluarga mereka yang dirawat. Hal ini sejalan dengan penelitian raharjo (2015), yang menjelaskan bahwa dukungan sosial dan lingkungan sekitar dapat mempengaruhi cara berfikir seseorang tentang diri sendiri dan orang lain.

Hal ini dapat disebabkan oleh pengalaman seseorang dengan keluarga, sahabat atau rekan kerja. perubahan status kesehatan pasien kritis menyebabkan suatu ketakutan atau kekhawatiran atas ancaman kehilangan pada anggota keluarga yang sakit kritis sehingga dapat menimbulkan respon emosional seperti menangis, sedih, stress, tidak mampu berfikir panjang, pusing dan susah tidur. Adaptasi keluarga dalam menghadapi pasien kritis didapatkan bahwa pasrah dengan kondisi pasien sekarang ini dan selalu berdo'a untuk kesembuhan pasien. Hal ini didukung pernyataan semua informan perawat mengatakan bahwa keluarga menerima dan pasrah dengan kondisi pasien dan terlihat keluarga saat berkunjung membacakan doa. Serta di dapat dari hasil observasi bahwa keluarga mampu beradaptasi dan tampak berdo'a dan pasrah (Blanchard, 2018).

4.6.4 Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *Intensive Care Unit*

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa pengalaman keluarga dalam menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan ICU memiliki dampak pada keluarga yang merawat pasienn tersebut baik secara fisik dan psikologis. Selama hospitalisasi pasien, keluarga berperan memberikan perhatian, kasih sayang, menciptakan keamanan dan privasi, mengadvokasi dan memastikan pasien mendapatkan perawatan yang baik (Mcgraw et al., 2013).

Kedekatan anggota keluarga ini membuat seluruh keluarga dalam penelitian ini merasa takut jika orang yang mereka cintai meninggal. Partisipan mengatakan

ketakutan muncul karena keluarga berfikir semua pasien di ICU memiliki kondisi kesehatan yang tidak stabil dan sewaktu-waktu dapat memburuk (drop) dan berujung pada kematian. sebuah studi menunjukkan 91,38% keluarga pasien di ICU mengatakan takut jika orang yang mereka cintai (pasien) meninggal (Oktavia, 2014). Ketakutan akan kematian berhubungan dengan prognosis penyakit, ketidakstabilan kondisi dan penyakit kronik yang diderita pasien (Płaszewska-żywko & Gazda, 2012; Schmidt, Azoulay, & Syndrome, 2012).

Tekanan yang dirasakan keluarga selama perawatan pasien, menimbulkan masalah fisik dan psikologis, sehingga keluarga membutuhkan dukungan untuk mampu bertahan. Sumber kekuatan psikologis yang dirasakan oleh seluruh keluarga adalah dari Tuhan. Keluarga mengatakan bergantung pada Tuhan sesuai dengan agama yang mereka yakini juga membuat Tuhan mengasihi dan memberi kekuatan pada pasien (Majdalani et al., 2014). Keluarga yakin bahwa dengan keajaiban yang diberikan Tuhan maka pasien dapat sembuh kembali (Majdalani et al., 2014). Keluarga merasakan pengalaman mengharapkan adanya keajaiban dari Tuhan untuk menyembuhkan pasien walaupun menurut medis kondisi pasien semakin memburuk (Address et al., 2011).

Peneliti berasumsi bahwa semakin lama pasien dirawat, maka kecemasan keluargapun akan meningkat, hal ini dipengaruhi oleh kondisi pasien semakin lama dirawat di ruang ICU maka artinya pasien belum stabil dan memerlukan penanganan khusus dan peralatan yang lengkap sehingga pasien belum bisa dipindahkan ke ruangan biasa, dan hal ini menyebabkan keluarga khawatir dan cemas. Kondisi pasien

dengan penyakit komplikasi juga sulit untuk segera dipindahkan ke ruang rawat inap sehingga hal ini juga dapat membuat pasien menjadi lama dirawat di ruang ICU dan keluargapun secara otomatis bertambah khawatir dan cemas (Oppenheim et al., 2020)

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Rasa cemas saat menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *Intensive Care Unit*

Rasa cemas yang dihadapi saat hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *Intensive Care Unit* adalah ketika keluarga dari pasien tersebut tidak dapat bersama pasien dalam waktu yang lama karena untuk waktu jaga pasien dibuat batasan dari pihak rumah sakit untuk ruang rawat ICU. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran terhadap sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya dan kecemasan tidak dapat dihindarkan dalam kehidupan sehari-hari (Susilawati, 2018).

Gangguan kecemasan merupakan masalah kesehatan pada umumnya dan masalah kesehatan jiwa pada khususnya. Berdasarkan World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa tahun 1997 sebagai tahun kesehatan jiwa, pertimbangan ini berdasarkan studi Bank Dunia yang menyatakan bahwa gangguan kesehatan jiwa khususnya kecemasan merupakan penyebab utama hilangnya kualitas hidup manusia (Ibrahim, 2017). Masuknya pasien ke dalam ICU akan mengubah homeostatis psikologis keluarga seperti rasa takut yang nyata tentang kematian, pengaruh terhadap anggota keluarga yang dirawat dirasakan oleh keluarga. Keluarga mengalami banyak krisis yang sama pada pasien perawatan kritis. Mereka sering bingung dan ketakutan

dan merasa sangat tidak berdaya pada kemampuan mereka untuk mengintervensi dan membantu pasien (Hudak & Gallo, 2017).

Menurut peneliti rasa cemas muncul dalam sebuah keluarga yang merawat pasien kritis di ICU dikarenakan keluarga takut akan hasil dari pemeriksaan anggota keluarga mereka yang buruk dan kecemasan mereka jika salah satu anggota keluarga mereka lama keluar dari ruangan ICU tersebut untuk dipindahkan ke ruangan biasa. Rasa cemas yang dialami keluarga tersebut dapat menimbulkan penyakit bagi anggota keluarga yang menjaga dan merawat pasien tersebut.

5.2 Membutuhkan informasi tentang pasien kritis di ruang *intensive care unit*

Rosidawati (2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa hasil penelitian ini adalah informasi yang diterima oleh keluarga nyatanya tidak secara jelas diterima oleh keluarga karena dari tenaga medis tidak selalu memberikan informasi terbaru dari pasien tersebut sehingga membuat keluarga cemas dan takut, seharusnya tenaga medis mengerti bahwa keluarga adalah tempat dukungan paling kuat dari pasien tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian safitri (2019) yang mengatakan bahwa keluarga merupakan *supporting system* yang sangat penting dalam proses penyembuhan pasien, apabila dukungan keluarga tidak didapatkan pasien, maka sangat berpengaruh pada proses penyembuhan dan pemulihan spiritual. Peran keluarga ini didukung dalam beberapa penelitian di Amerika, bahwa kehadiran keluarga sebagai fasilitator dan sumber informasi mengenai riwayat pasien, sebagai

penyemangat, pemberi harapan, serta dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien (Mc Adam, Arai, & Puntillo, 2008).

Keluarga pasien yang menunggu di ICU sering dihadapkan dalam situasi pengambil keputusan yang akan dilakukan pada pasien, hal ini dapat mengakibatkan kecemasan pada keluarga dalam mencari informasi dan dukungan, kecemasan yang dialami keluarga dapat mempengaruhi hubungan antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan (Blanchard & Alvi, 2018). Hal ini bukanlah menjadi hambatan bagi staf ICU dalam menyampaikan informasi kepada keluarga, rumah sakit sebaiknya memiliki suatu cara yang dapat dilakukan dalam mengantisipasi hal tersebut, salah satunya dalam berkomunikasi dengan pasien maupun keluarga, perawat sebaiknya perlu memahami perasaan dan perilaku keluarga dengan memperhatikan latar belakang keluarga, budaya dan keunikan setiap individu, agar tercipta komunikasi yang baik antara petugas kesehatan dengan klien maupun keluarga.

Menurut peneliti informasi yang seharusnya diterima oleh keluarga adalah hak dari keluarga tersebut tetapi sering sekali dari pihak rumah sakit tidak menyampaikan informasi secara total tentang kondisi dari pasien tersebut secara rutinitas, hampir di setiap rumah sakit para tenaga kesehatan tidak terbuka tentang kondisi dari pasien tersebut, hal ini membuat kekhawatiran pada keluarga semakin bertambah ketika menjaga anggota keluarga mereka di ruang ICU.

5.3 Adaptasi keluarga dalam menghadapi pasien kritis

Pikiran keluarga tentang perubahan status kesehatan pasien kritis, didapatkan bahwa informan merasa pusing, gelisah, tidak bisa tidur, pasrah, bingung dan merasa pikiran kacau. Hal ini didukung pernyataan semua informan perawat yang menyatakan bahwa keluarga merasa takut kehilangan dan khawatir dengan kondisi pasien. Serta di dapat dari hasil observasi bahwa keluarga mampu mengutarakan apa yang ada dipikirannya dengan terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat.

Menurut Taylor (2018) menyatakan bahwa kecemasan adalah sensasi yang membingungkan dari kejadian yang akan datang yang muncul tanpa alasan. Kecemasan dicetuskan oleh sesuatu yang tidak diketahui dan muncul sebelum ada pengalaman baru, yang mengancam identitas dan harga diri seseorang. Hal ini didukung dalam penelitian Raharjo (2015), yang menjelaskan bahwa dukungan sosial dan lingkungan sekitar dapat mempengaruhi cara berfikir seseorang tentang diri sendiri dan orang lain. Hal ini dapat disebabkan oleh pengalaman seseorang dengan keluarga, sahabat atau rekan kerja. perubahan status kesehatan pasien kritis menyebabkan suatu ketakutan atau kekhawatiran atas ancaman kehilangan pada anggota keluarga yang sakit kritis sehingga dapat menimbulkan respon emosional seperti menangis, sedih, stress, tidak mampu berfikir panjang, pusing dan susah tidur. Adaptasi keluarga dalam menghadapi pasien kritis didapatkan bahwa pasrah dengan kondisi pasien sekarang ini dan selalu berdo'a untuk kesembuhan pasien. Hal ini didukung pernyataan semua informan perawat mengatakan bahwa keluarga menerima dan pasrah dengan kondisi pasien dan terlihat keluarga saat berkunjung membacakan

doa. Serta di dapat dari hasil observasi bahwa keluarga mampu beradaptasi dan tampak berdo'a dan pasrah.

Menurut Potter & Perry, (2010) berdo'a memberi kesempatan kepada individu untuk memperbarui kepercayaan dan keyakinannya kepada Yang Maha Kuasa dalam cara yang lebih formal. Berdo'a adalah suatu kesempatan untuk meninjau kembali kelemahan yang mereka rasa dan untuk membuat komitmen hidup lebih baik. Berdo'a merupakan adaptasi keluarga dalam menghadapi pasien kritis dimana ketika penyakit, kehilangan yang akan terjadi pada anggota keluarga yang sakit, kekuatan spiritual dapat membantu seseorang kearah penyembuhan atau pada perkembangan kebutuhan dan perhatian spiritual.

Menurut peneliti adaptasi seharusnya dapat dilakukan oleh keluarga saat seminggu pertama di ruangan ICU tersebut waktu merawat dan menjaga anggota keluarga tersebut tetapi sering sekali anggota keluarga lama beradaptasi dikarenakan rasa kecemasan yang tinggi yang mereka miliki ketika merawat dan menjaga salah satu anggota keluarga mereka yang dirawat

5.4Pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis di ruang perawatan *Intensive Care Unit*

Pasien yang menderita sakit kritis akan mengalami hospitalisasi. Pengalamanhospitalisasi dapat mengganggu psikologi dan psikososial klien terlebih bila klientersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit.Hospitalisasi menyebabkan keluarga akan memainkan perannya terutama

terhadap anggota keluarga yang tergantung, seperti anak yang sakit akan tergantung pada orang yang melindunginya.⁴ Reaksi keluarga terhadap hospitalisasi pada pasien yang dirawat di rumah sakit menimbulkan dampak fisik, dampak psikologi dan dampak sosial. Hal ini sejalan dengan penelitian (Safitri et al., 2019) yang mengatakan bahwa keluarga menghadapi berbagai situasi dan kondisi sulit seperti kaget dan takut saat mendapat panggilan dari ruang ICU, takut dengan peralatan yang ada di ruang ICU, perasaan ketidakpastian akan kondisi pasien, dan lain sebagainya. Kecemasan, depresi, dan stres yang dialami keluarga muncul sejak hari pertama perawatan di ICU (Azoulay, Chaize, & Kentish-Barnes, 2014; McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, 2010; Płazewska-Żywko & Gazda, 2012; Turner-Cobb et al., 2016). Ketatnya peraturan kunjungan, komunikasi yang kurang dari tim ICU, kurangnya informasi medis yang komprehensif terkait kondisi pasien dan ketidakstabilan kondisi pasien membuat keluarga merasa semakin tertekan dan sedih (Maite, Antoine, Philippe, et al., 2014).

Kondisi stress keluarga membuat keluarga tidak dapat membuat keputusan secara mandiri sehingga keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan dalam membuat keputusan untuk pasien (Schmidt, Azoulay, & Syndrome, 2012). Perawatan Intensive Care Unit (ICU) adalah perawatan yang dapat menimbulkan perasaan stres, cemas, takut tidak hanya pada pasien tetapi juga pada keluarga pasien. Lingkungan yang asing, peraturan ruang intensif, perubahan status emosi, dan perubahan aktivitas harian adalah beberapa faktor penyebab stres pada keluarga pasien ICU (Farhan, 2014). Keluarga tidak dapat dipisahkan dari proses perawatan ICU, dimana pada

lingkup perawatan kritis keluarga memiliki peran active presence, protector, facilitator, historian dan coaching (McAdam, 2008). Selain itu keterlibatan keluarga dapat menurunkan Length Of Stay (LOS) pasien 3,2 – 5,3 hari dan mengurangi resiko perawatan ulang (O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, et al, 2013). Penurunan kemampuan mengambil keputusan dari pasien membuat dokter sering meminta keluarga megambil alih pengambilan keputusan (Huffines et al., 2013).

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Pasien yang menderita sakit kritis akan mengalami hospitalisasi. Pengalaman hospitalisasi dapat mengganggu psikologi dan psikososial klien terlebih bila klien tersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit. Hospitalisasi menyebabkan keluarga akan memainkan perannya terutama terhadap anggota keluarga yang tergantung, seperti anak yang sakit akan tergantung pada orang yang melindunginya. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengalaman keluarga menghadapi hospitalisasi pasien kritis yang dirawat di ruang ICU, yaitu:

1. Dampak menunggu pasien kritis di ruang ICU bagi keluarga, antara lain menimbulkan dampak fisik yang meliputi keluhan tubuh, kelelahan, dan gangguan tidur; dampak psikologi yang meliputi cemas, takut, tegang, sedih, stress dan empati; dampak sosial meliputi komunikasi berkurang, isolasi sosial dan pengalaman baru.
2. Koping keluarga ketika menghadapi pasien kritis yang dirawat di ruang ICU, yaitu tindakan keluarga dengan keluarga melakukan coping yang positif dan berserah diri.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Responden

Penelitian ini dapat menjadi wawasan ataupun pengetahuan baru bagi responden dalam menunggu ataupun merawat pasien kritis yang berada di ICU agar responden dapat memiliki coping yang baik.

6.2.2 Bagi Institusi Kesehatan

Penelitian ini sebaiknya dapat menambahkan peran perawat dalam merawat pasien kritis serta peran dengan keluarga pasien.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat mencari adakah hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi coping positif yang dilakukan keluarga terhadap tingkat psikologi keluarga.

6.2.4 Conflict of Interest

Rangkuman menyeluruh atau *literature review* ini adalah penulisan secara mandiri, sehingga tidak terdapat konflik kepentingan dalam penulisannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13–14), 1805–1817. <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>
- Apriadisiregar, P. A., Gurning, F. P., Eliska, E., & Pratama, M. Y. (2018). Analysis of Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis Incidence of Children in Sibuhuan General Hospital. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(3), 268. <https://doi.org/10.20473/jbe.v6i32018.268-275>
- De Almeida Moraes Gibaut, M., Hori, L. M. R., Freitas, K. S., & Mussi, F. C. (2013). Comfort of the patient's family in an intensive care unit related to welcoming. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(5), 1114–1121. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500015>
- Grant, C. J., Doig, L. F., Everson, J., Foster, N., & Doig, C. J. (2020). Impact of Patient and Family Involvement in Long-Term Outcomes. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 227–242. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.005>
- Herawati, M., & Fithriyani, F. (2018). PENGALAMAN KELUARGA MENGHADAPI HOSPITALISASI PASIEN KRITIS DI RUANG ICU RS Dr. BRATANATA JAMBI. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.36565/jab.v7i1.63>
- Mardiono, S. (2018). Tingkat Kecemasan Keluarga terhadap Perubahan Status Kesehatan pada Pasien Kritis di Ruang Rawat Inap Intensif Care Unit (ICU) Rumah Sakit Pelabuhan Palembang Tahun 2017. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 2, 121–139.
- Oppenheim, I. M., Lee, E. M., Vasher, S. T., Zaeh, S. E., Hart, J. L., & Turnbull, A. E. (2020). Effect of Intensivist Communication in a Simulated Setting on Interpretation of Prognosis Among Family Members of Patients at High Risk of Intensive Care Unit Admission: A Randomized Trial. *JAMA Network Open*, 3(4), e201945. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.1945>
- Padila, Muhammad Amin, R. (2013). Pengalaman Ibu Dalam Merawat Bayi Preterm Yang Pernah Dirawat Di Ruang Neonatus Intensive Care Unit (Nicu). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Parsons, L. C., & Walters, M. A. (2019). Management Strategies in the Intensive Care Unit to Improve Psychosocial Outcomes. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(4), 537–545. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.009>
- Rosidawati, I., & Hodijah, S. (2019). Hubungan Antara Lama Rawat Dengan Tingkat

- Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rsud Dr Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 7(1), 33–38. <https://doi.org/10.36085/jkmu.v7i1.308>
- Safitri, D. N. R. P., Trisyani, Y., Nuraei, A., & Wangi, K. Y. W. (2019). Pengalaman Keluarga Selama Proses Pendampingan Pasien di Ruang GICU: Studi Fenomenologi. *PROFESI (Profesional Islam); Media Publikasi Penelitian*, 17(1), 29–37.
- Sentana, A. D. (2016). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang Intensif Care RSUD Provinsi NTB Tahun 2015. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wardah. (2013). Dampak Hospitalisasi Pada Keluarga Dan Peran Perawat Dalam Memenuhi Kebutuhan Informasi Di Perawatan Intensif. *Jurnal Husada Mahakam*, III(6), 263–318.